

Desafios e potencialidades para produção do cuidado integral na Atenção Primária à Saúde brasileira

Challenges and potentials of the production of comprehensive care in Primary Health Care in Brazil

Desafíos y potencialidades para producción del cuidado integrado en la Atención Primaria de Salud brasileña

Danielly Maia de Queiroz¹

ORCID: 0000-0003-4780-1852

Lucia Conde de Oliveira¹

ORCID: 0000-0001-8265-7476

Pedro Alves de Araújo Filho¹

ORCID: 0000-0002-4601-9220

Maria Rocineide Ferreira da Silva¹

ORCID: 0000-0002-6086-6901

¹Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo:

Queiroz DM, Oliveira LC, Araújo-Filho PA, Silva MRF. Challenges and potentials of the production of comprehensive care in Primary Health Care in Brazil. Rev Bras Enferm. 2021;74(5):e20210008. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0008>

Autor Correspondente:

Danielly Maia de Queiroz
E-mail: daniellymaia@yahoo.com.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 07-01-2021 **Aprovação:** 02-04-2021

RESUMO

Objetivo: Identificar entraves relacionais e organizacionais relativos à produção do cuidado e mapear estratégias e dispositivos favoráveis ao cuidado integral. **Métodos:** *Scoping review* de publicações brasileiras de 2008 a 2018, relacionadas à produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Dos 348 estudos encontrados na Biblioteca Virtual da Saúde, 30 compuseram a amostra final, sendo acrescidos três capítulos de livro, totalizando 33 documentos. **Resultados:** Organizaram-se três eixos temáticos: Dimensão relacional entre profissionais de saúde e usuários; Dimensão interativa do processo de trabalho em equipe; e Dimensão organizacional e articulação em redes. Destacam-se desafios de práticas de saúde descontextualizadas das necessidades dos usuários; processos de trabalho cristalizados e burocratizados; e entraves organizacionais de barreiras de acesso. Potencialidades de dispositivos mapeados envolveram acolhimento, ferramentas de interprofissionalidade e redes instituintes de cuidado. **Considerações finais:** A panorâmica de desafios e processos indutores de boas práticas facilitam tomada de decisões comprometidas com um cuidado integral.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Prática de Saúde Pública; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify relational and organizational barriers related to the production of care and to map strategies and tools that favor comprehensive care. **Methods:** Scoping review of Brazilian publications from 2008 to 2018, related to the production of care in Primary Health Care. From the 348 studies found in the Virtual Health Library, 30 made up the final sample. Three book chapters were added, totaling 33 documents. **Results:** Three thematic categories were organized: Relational dimension between health professionals and users; Interactive dimension of the teamwork process; Organizational dimension and articulation in networks. Challenges of health practices out of context of the users' needs; inflexible and bureaucratic work processes; and organizational barriers to the access are highlighted. The potentials of mapped tools involved embracement, interprofessional actions and instituting care networks. **Final considerations:** The overview of challenges and processes that induce good practices facilitate a decision-making that is committed with comprehensive care.

Descriptors: Primary Health Care; Comprehensive Health Care; Patient Care Team; Public Health Practice; Public Health Policy.

RESUMEN

Objetivo: Identificar bloques relacionales y organizacionales relativos a producción del cuidado y mapear estrategias y dispositivos favorables al cuidado integral. **Métodos:** *Scoping Review* de publicaciones brasileñas de 2008 a 2018, relacionadas a producción del cuidado en Atención Primaria de Salud. De 348 estudios encontrados en la Biblioteca Virtual de Salud, 30 comprendieron la muestra final, siendo acrescidos tres capítulos de libro, totalizando 33 documentos. **Resultados:** Organizaron tres ejes temáticos: Dimensión relacional entre profesionales de salud y usuarios; Dimensión interactiva del proceso laboral en equipo; y Dimensión organizacional y articulación en redes. Destacan desafíos de prácticas de salud descontextualizadas de las necesidades de los usuarios; procesos de trabajo cristalizados y burocratizados; y bloques organizacionales de barreras de acceso. Potencialidades de dispositivos mapeados involucraron recepción, herramientas interprofesionales y redes instituyentes de cuidado. **Consideraciones finales:** Panorámica de desafíos y procesos inductores de buenas prácticas facilitan toma de decisiones comprometidas con un cuidado integral.

Descritores: Atención Primaria de Salud; Atención Integral de Salud; Grupo de Atención al Paciente; Práctica de Salud Pública; Políticas Públicas de Salud.

INTRODUÇÃO

A produção do cuidado pressupõe encontros dialógicos, cujo estabelecimento de relações subjetivas entre usuários e profissionais de saúde parte do reconhecimento mútuo de saberes, expectativas e desejos, influenciado pelo cenário, grau de sofrimento e instabilidade clínica envolvida, visto que há modos muito diferentes de cuidado em saúde. Enquanto uns produzem tutela e assujeitamento, outros fortalecem as potências dos sujeitos para enfrentar a vida e fomentar autonomia⁽¹⁾. A busca da integralidade valoriza o acolhimento de necessidades, e isso complexifica o olhar na produção do cuidado, exigindo um processo de trabalho que integre os saberes e fazeres de diversas profissões e os atos de cuidado dos próprios usuários⁽²⁾.

Na perspectiva de produção de subjetividades, a produção do cuidado se norteia por uma ética que reorganiza os processos decisórios das práticas no cotidiano dos serviços, levando em consideração as necessidades dos usuários de modo negociado e inclusivo, bem como a articulação do conhecimento para o aprendizado ativo das dinâmicas relacionais e interacionais⁽³⁾.

O trabalhador de saúde, ao produzir atos de cuidado, produz a si mesmo como sujeito e reconhece o usuário como tal, ambos agregando os aprendizados proporcionados por esse encontro⁽⁴⁾. Decerto que, quando os trabalhadores de saúde se abrem para a produção de outros territórios existenciais, permitindo ser afetados e vendo a multiplicidade de reconhecer a vida em potência no outro, os vínculos e a corresponsabilização podem ser fortalecidos, em detrimento de “iatrogenias, interdições, atrocidades e microviolências cotidianas”⁽⁵⁾(p.404).

Compreender a interdependência do outro nas relações de troca implica reconhecer os usuários também como sujeitos autônomos, produtores de cuidado e não meramente consumidores de serviços. Consequentemente, esse sistema de trocas interpessoais envolve a ambivalência de reciprocidade dos movimentos de dar, receber e retribuir, cujas múltiplas perspectivas de interações transitam entre aproximações sensíveis e distanciamentos necessários, constituindo-se *setting* de produção de espaços de protagonismo e cuidado⁽⁶⁾.

Dessa forma, o campo de discussão sobre produção do cuidado em saúde envolve múltiplos referenciais de distintas correntes de pensamento, tais como Merhy⁽⁷⁾ e seus estudos acerca da micropolítica do trabalho vivo em ato e das tecnologias em saúde; Campos⁽⁸⁾, com a Saúde Paideia, e a clínica ampliada e compartilhada; Ayres⁽⁹⁾, com os processos de subjetivação nas práticas de saúde que implicam qualidade e respeito à alteridade do outro; e Pinheiro e Mattos⁽¹⁰⁾, com os múltiplos sentidos da integralidade que alicerçam os atos de cuidado na atenção à saúde.

Considerando esses pressupostos, admite-se que a almejada mudança do modelo de atenção, comprometida com uma produção do cuidado integral, requer uma inversão da racionalidade tecnológica que orienta os saberes e práticas na produção de saúde para um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras⁽⁷⁾. Estas se materializam em práticas relacionais, no diálogo, no respeito à alteridade, na escuta qualificada, no compartilhamento e corresponsabilização do cuidado. O resultado dessa mudança consiste na denominada clínica ampliada⁽⁸⁾, centrada no usuário, nas suas necessidades, processos de subjetivação e projetos de felicidade⁽⁹⁾.

Diante disso, reconhece-se que, dentre os diversos cenários que compõem as redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) configura lócus privilegiado e capilarizado para efetivar o processo de reorientação dos modos de agir na saúde, no qual a valorização das tecnologias relacionais e o investimento na clínica ampliada e compartilhada podem agregar qualidade ao processo de trabalho mobilizando as condições para a concretização do cuidado integral. Vale ressaltar que, no contexto brasileiro, a Estratégia Saúde da Família (ESF) passou a ser adotada como modelo estruturante da APS para a reorientação dos saberes e práticas que norteiam a assistência à saúde⁽¹¹⁾.

Entretanto, mesmo reconhecendo o contexto da APS como um território fértil para uma construção compartilhada entre usuários e profissionais de saúde, um lugar potente para o reconhecimento de relações de produção da vida no território, de fortalecimento de vínculos e de relações de confiança, admite-se que, nos últimos anos, houve uma tendência ao empobrecimento desses “encontros”, devido à sobrecarga das equipes, à ascensão da perspectiva gerencialista que investe no controle dos tempos e movimentos da equipe em vez de favorecer o encontro aberto e produtivo e à perspectiva instrumental sobre o território e os usuários, com pretensão de governar suas vidas⁽¹⁾.

Como complicador dessa conjuntura, tem-se a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016⁽¹²⁾, que restringe o orçamento e prevê o congelamento dos gastos públicos com saúde, assistência social e educação por 20 anos. Com isso, reconhece-se que há uma franca ameaça ao SUS e toda sua rede de ações e serviços enquanto política pública integrada⁽¹³⁾, capaz de envolver sujeitos ético-politicamente comprometidos com a produção de um cuidado integral de qualidade.

Somando-se a isso, as mudanças nos modos de repasse financeiro do SUS e as alterações feitas na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB⁽¹⁴⁾ abriram espaço para um avanço da lógica de uma APS seletiva e fragmentada, com repercussões no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde. Alguns dos pontos mais criticados se referiam à flexibilização da composição da equipe e da carga-horária de trabalho, às mudanças nas atribuições dos agentes comunitários de saúde e ao retorno de financiamento de equipes de atenção básica tradicional médico-centradas⁽¹⁵⁾, além do fim do estímulo à constituição de equipes multidisciplinares.

Essas medidas de austeridade e mudanças normativas ocorreram mesmo diante de evidências científicas tanto da importância das políticas de proteção social para enfrentar as crises do capitalismo⁽¹⁶⁾ quanto da melhoria do acesso e da situação de saúde da população nesses mais de 30 anos de implementação do SUS. Também, soma-se a isso os inúmeros desafios para efetivação do direito à saúde pública, universal e integral em um país continental e populoso⁽¹⁷⁾.

A síntese de algumas dessas evidências pode ser conferida nas revisões de Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann⁽¹⁸⁾ sobre as contribuições e os desafios da ESF enquanto modelo de atenção; e de Menezes et al.⁽¹⁹⁾ ao analisarem como os profissionais da APS brasileira contribuem para o acesso universal dos serviços de saúde. Ou ainda, no estudo de Santos, Mishima e Merhy⁽²⁰⁾ sobre as potencialidades de processo de trabalho na ESF para a

reconfiguração do modelo de atenção, ao destacarem que a produção do cuidado alicerçada na integralidade teria um compromisso com práticas de saúde direcionadas às necessidades objetivas e subjetivas das pessoas em seu contexto social, apreendidas e transformadas em ações por uma equipe multiprofissional.

Ante o exposto, questiona-se: Quais são as evidências científicas relativas aos desafios e às potencialidades do processo de produção do cuidado integral no contexto da Atenção Primária à Saúde brasileira?

Uma vez sintetizados os entraves relacionais e organizacionais destacados nos estudos que compuseram o corpus da revisão de escopo aqui sistematizada, expressos como desencontros entre os sujeitos, resistências ao trabalho colaborativo e barreiras de acesso, buscou-se integrar o mapeamento de estratégias e dispositivos favoráveis ao cuidado integral que forneceram respostas concretas e exitosas promotoras de encontros intersubjetivos significativos, aberturas às mudanças e fluxos em rede efetivos.

OBJETIVO

Identificar evidências científicas sobre entraves relacionais e organizacionais relativos à produção do cuidado e mapear estratégias e dispositivos favoráveis ao cuidado integral.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma *scoping review*⁽²¹⁾, na qual foi utilizado o instrumento *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)*⁽²²⁾ para facilitar sua organização e desenvolvimento. De acordo com Munn et al.⁽²³⁾, dentre as razões para se desenvolver uma revisão de escopo, temos: identificar os tipos de evidências disponíveis e as lacunas de conhecimento de determinada temática; esclarecer conceitos-chave e definições na literatura; e identificar principais características ou fatores relacionados a um conceito.

Para elaborar a pergunta de pesquisa, foi adotada a estratégia do mnemônico PCC – População, Conceito e Contexto. Tal estratégia foi adaptada para contemplar o objetivo da revisão, sendo então considerado: P – pesquisas empíricas e ensaios teóricos publicados em periódicos brasileiros; C – desafios e potencialidades do processo de produção do cuidado integral; e C – Atenção Primária à Saúde que configura a Atenção Básica do SUS.

Os critérios de elegibilidade consistiram em produções científicas publicadas em periódicos brasileiros que apresentassem: situações desafiadoras e entraves do âmbito relacional ou organizacional que interferissem no modo como se dá o encontro entre profissionais de saúde e usuários; estratégias ou dispositivos que potencializassem o processo de produção do cuidado nos serviços de APS da rede de atenção do SUS em alinhamento à premissa da integralidade.

Empregou-se como estratégia de busca um levantamento realizado entre os meses de fevereiro a abril de 2020 de produções científicas disponibilizadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), usando a expressão-chave “produção do cuidado”. Em seguida, utilizaram-se como filtros disponíveis nessa base de dados os seguintes quesitos: texto completo, disponível no idioma português, publicado entre o período de 2008 a 2018. A escolha da

língua portuguesa se justificou pelo interesse dos autores em publicações de periódicos brasileiros. O intervalo de dez anos levou em consideração a fase de expansão e consolidação da ESF em território nacional e o período em que se buscou ampliar a resolubilidade da APS com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Para o processo de elegibilidade, optou-se por incluir artigos científicos de pesquisas empíricas, ensaios teóricos, relatos de experiência e revisões que continham como assunto principal os temas: “Atenção Primária à Saúde”, “saúde da família”, “Estratégia Saúde da Família” ou “assistência integral à saúde”. Foram excluídas as publicações em formato de teses e dissertações, documentos normativos, artigos repetidos ou que não contemplavam o contexto da APS.

No processo inicial de seleção dos estudos, obteve-se um total de 348 produções. Em seguida, por meio da leitura dos títulos, 93 estudos foram considerados elegíveis para leitura dos resumos. Ao final dessa etapa, 38 artigos foram selecionados para leitura do texto na íntegra. Dentre estes, 30 artigos contemplaram a pergunta norteadora e foram selecionados para compor o processo de análise e síntese dos resultados. Além disso, foram incluídos três capítulos da coletânea intitulada “Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes”, por contemplarem em suas discussões importantes reflexões teóricas e práticas sobre dispositivos articulados à produção do cuidado integral.

Com isso, a amostra final contou com um total de 33 documentos que compuseram o corpus da revisão, sendo 30 artigos científicos e três capítulos de livro disponibilizados em plataforma digital. O processo de busca e seleção dos estudos está sistematizado no fluxograma da Figura 1, de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute⁽²²⁾, seguindo as instruções do PRISMA-ScR.

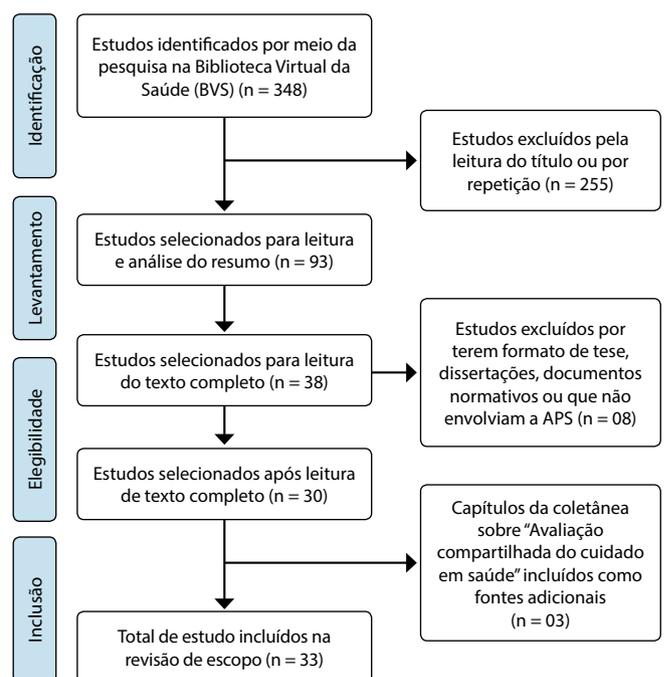


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos adaptado do PRISMA⁽²²⁾

A extração de dados dos artigos foi organizada com base na elaboração de um instrumento que continha os seguintes itens: título, autoria, ano de publicação, periódico ou coletânea e tipo de estudo; e ainda desafios e entraves, estratégias e dispositivos. Os estudos incluídos na revisão de escopo foram listados no Quadro 1, com suas respectivas codificações, títulos, autorias, ano de publicação, fontes e tipos de estudo. Cada estudo recebeu uma codificação (E1, E2... E33), organizada em ordem cronológica de publicação.

Os dados relativos diretamente à pergunta norteadora foram organizados e sumarizados em três eixos temáticos, quais sejam: I) Dimensão relacional entre profissionais de saúde e usuários: encontros e desencontros; II) Dimensão interativa do processo de trabalho em equipe: aberturas e resistências; e III) Dimensão organizacional e articulação em redes: fluxos e barreiras de acesso. No processo de análise, os aportes teóricos das tecnologias leves⁽⁷⁾, da clínica ampliada e compartilhada⁽⁸⁾ e dos encontros intersubjetivos relacionados às práticas de saúde⁽⁹⁾ contribuíram com o mapeamento conceitual e com a combinação dos resultados obtidos.

RESULTADOS

Os 33 estudos selecionados foram publicados no período de 2008 a 2018. Dentre eles, 24 eram artigos originais de pesquisas empíricas (E1, E3, E5, E6, E7, E9, E11, E12, E13, E14, E16, E18, E19, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E28, E30, E31, E32), 4 eram ensaios teóricos (E2, E10, E29, E33), 3 eram relatos de experiência (E4, E15, E17), e 2 eram revisões (E8, E20).

Dos 30 artigos selecionados, 23 foram publicados em revistas da área de saúde coletiva (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E11, E12, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E23, E26, E28, E31, E32, E33), 5 em revistas de enfermagem (E7, E14, E25, E27, E30), 1 em revista de odontologia (E29), e 1 em revista interdisciplinar da saúde (E13).

Levando em consideração os eixos temáticos elencados para facilitar a organização e síntese das evidências, no que se refere à “Dimensão relacional entre profissionais de saúde e usuários”, foram encontrados aspectos que favorecem os encontros intersubjetivos (E1, E2, E3, E5, E7, E8, E11, E20, E24, E26, E27, E28, E29, E30, E31, E32, E33) e desencontros entre os sujeitos (E2, E3, E5, E6, E18, E19, E24, E26). Em relação à “Dimensão interativa do processo de trabalho em equipe”, foram identificadas posturas de aberturas (E2, E6, E10, E13, E11, E16, E17, E18, E23, E25, E28, E33) e de resistências para a colaboração interprofissional (E2, E8, E9, E11, E16, E20, E21, E25, E29). E na “Dimensão organizacional e articulação em redes”, foram mapeados os fluxos favoráveis (E4, E12, E16, E22, E26, E30, E31) e as barreiras de acesso (E6, E8, E12, E13, E14, E15, E20, E27, E28).

DISCUSSÃO

Dimensão relacional entre profissionais de saúde e usuários: encontros e desencontros

O processo de trabalho e a produção do cuidado do modelo de atenção à saúde hegemônico são práticas de saúde que não estão centradas nas necessidades singularizadas dos usuários nem na resolução de suas demandas em tempo oportuno⁽²⁸⁾. Tal tempo está vinculado a critérios subjetivos construídos com base na experiência de sofrimento do usuário na busca pelo cuidado em saúde e está atrelado ao modo predominante de subjetivação e sociabilidade na contemporaneidade⁽²⁵⁾.

No contexto da APS, o acolhimento com escuta qualificada como tecnologia de cuidado é considerado um dispositivo potencial para consolidação da integralidade. Alicerçado nas tecnologias relacionais, mobiliza a sensibilidade dos trabalhadores de saúde,

Quadro 1 – Estudos relacionados à produção do cuidado, distribuídos por título, autores, ano de publicação, periódico/ coletânea e tipo de estudo

TÍTULO	AUTORES	ANO	FONTES	TIPOS DE ESTUDO
E1. A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade de Natal ⁽²⁴⁾	Rodrigues; Lima; Roncalli	2008	Ciência e Saúde Coletiva	Pesquisa empírica
E2. Coletivos organizados para a produção do cuidado integral: um desafio para a regulamentação profissional ⁽²⁾	Cavalcante-Filho	2009	Revista de APS	Ensaio teórico
E3. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência ⁽²⁵⁾	Barros; Sá	2010	Ciência e Saúde Coletiva	Pesquisa empírica
E4. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo ⁽²⁶⁾	Franco; Koifman	2010	Interface (Botucatu)	Relato de experiência
E5. Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma Unidade Básica de Saúde da família ⁽²⁷⁾	Albuquerque et al.	2011	Interface (Botucatu)	Pesquisa empírica
E6. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção ⁽²⁸⁾	Baduy et al.	2011	Cadernos de Saúde Pública	Pesquisa empírica
E7. Saúde da família: visão dos usuários ⁽²⁹⁾	Nery et al.	2011	Revista de Enfermagem da UERJ	Pesquisa empírica
E8. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros ⁽³⁰⁾	Vieira-dos-Santos; Santos	2011	Revista de Salud Pública	Revisão sistemática
E9. A interlocução da saúde mental com Atenção Básica no município de Vitória/ES ⁽³¹⁾	Rodrigues; Moreira	2012	Saúde e Sociedade	Pesquisa empírica

Continua

Continuação do Quadro 1

TÍTULO	AUTORES	ANO	FONTES	TIPOS DE ESTUDO
E10. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde ⁽³⁾	Matuda; Aguiar; Frazão	2013	Saúde e Sociedade	Ensaio teórico
E11. Vínculo e responsabilização como dispositivos para produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família ⁽³²⁾	Amorim; Assis; Santos	2014	Revista Baiana de Saúde Pública	Pesquisa empírica
E12. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado ⁽³³⁾	Cecílio et al.	2014	Cadernos de Saúde Pública	Pesquisa empírica
E13. Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do Nordeste, Brasil ⁽³⁴⁾	Souza et al.	2014	O mundo da saúde	Pesquisa empírica
E14. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental ⁽³⁵⁾	Jorge et al.	2015	Texto & Contexto Enfermagem	Pesquisa empírica
E15. Apoio institucional na Atenção Básica: a experiência no município de Salvador – BA ⁽³⁶⁾	Machado; Mattos	2015	Revista Baiana de Saúde Pública	Relato de experiência
E16. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho ⁽³⁷⁾	Matuda et al.	2015	Ciência e Saúde Coletiva	Pesquisa empírica
E17. Sem começo e sem fim... com as práticas corporais e a Clínica Ampliada ⁽³⁸⁾	Mendes; Carvalho	2015	Interface (Botucatu)	Relato de experiência
E18. Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família ⁽⁴⁾	Santos et al.	2015	Revista de APS	Pesquisa empírica
E19. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro ⁽³⁹⁾	Silva; Romano	2015	Saúde em Debate	Pesquisa empírica
E20. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura ⁽¹⁸⁾	Arantes; Shimizu; Merchán-Hamann	2016	Ciência e Saúde Coletiva	Revisão de literatura
E21. Mas ele não adere! – o desafio de acolher o outro que é complexo para mim ⁽⁴⁰⁾	Baduy et al.	2016	Avaliação compartilhada do cuidado em saúde (V.1)	Pesquisa empírica
E22. Arranjos regulatórios como dispositivos para o cuidado compartilhado em saúde ⁽⁴¹⁾	Bertussi et al.	2016	Avaliação compartilhada do cuidado em saúde (V.2)	Pesquisa empírica
E23. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado ⁽⁴²⁾	Oliveira et al.	2016	Saúde em Debate	Pesquisa empírica
E24. Vínculo e responsabilização: Como estamos engravidando esses conceitos na produção do cuidado na Atenção Básica? ⁽⁵⁾	Seixas et al.	2016	Avaliação compartilhada do cuidado em saúde (V.2)	Pesquisa empírica
E25. Cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a experiência do apoio matricial ⁽⁴³⁾	Gurgel et al.	2017	Revista de Enfermagem da UERJ	Pesquisa empírica
E26. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde ⁽⁴⁴⁾	Maximino et al.	2017	Saúde e Sociedade	Pesquisa empírica
E27. Produção do cuidado para resolubilidade da Estratégia de Saúde da Família: saberes e dilemas ⁽⁴⁵⁾	Rios; Nascimento	2017	Revista de Enfermagem UFPE Online	Pesquisa empírica
E28. Percepções de usuários sobre humanização na Estratégia Saúde da Família: um estudo ancorado na Teoria da Dádiva ⁽⁶⁾	Cunha et al.	2017	Ciência Plural	Pesquisa empírica
E29. Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia ⁽⁴⁶⁾	Graff; Toassi	2017	Revista ABENO	Ensaio teórico
E30. A produção do cuidado no cotidiano das Equipes de Saúde da Família ⁽⁴⁷⁾	Agonigi et al.	2018	Revista Brasileira de Enfermagem	Pesquisa empírica
E31. Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal ⁽⁴⁸⁾	Fonsêca et al.	2018	Saúde e Sociedade	Pesquisa empírica
E32. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde ⁽⁴⁹⁾	Graff; Toassi	2018	Physis – Revista de Saúde Coletiva	Pesquisa empírica
E33. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica ⁽⁵⁰⁾	Silva et al.	2018	Saúde em Debate	Ensaio teórico

a ação reflexiva e uma postura ética permeável à escuta ativa e ao diálogo. Esse acolhimento é fundamental para garantia da acessibilidade e do estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional de saúde e usuário, o que possibilita a manifestação da subjetividade do outro por meio de um processo comunicacional de escuta qualificada e de respostas adequadas às demandas identificadas, com potencial para o fortalecimento de vínculos interpessoais, reorientação das práticas de saúde e de produção do cuidado integral, pautado na corresponsabilidade, no respeito e na dignidade humana^(2,24,27,29-30,32,46,50).

Ainda, considera-se que, nessa intensa e complexa trama intersubjetiva, os diferentes regimes institucionais e a existência de casos complexos incidem diretamente sobre as possibilidades de produção de cuidado⁽⁴⁴⁾. Ao se depararem com casos desafiadores, de usuários resistentes e que não aderem ao plano terapêutico traçado unilateralmente por aqueles que acreditam saber “o que é o melhor” para eles, os profissionais de saúde têm a oportunidade de renunciar ao tipo-ideal de usuários submissos e vivenciar um processo de cuidado compartilhado e corresponsável. Isso muitas vezes evidencia incômodos e desconfortos naqueles que insistem em operar na lógica protocolar e na tentativa de controle dos corpos. Todavia, é nessa resistência dos usuários que se encontra a expressão de sua potência e do desejo de manter o governo de si mesmos, assim como a possibilidade aos profissionais de saúde de um processo de desacomodação e ressignificação do seu modo de produzir o cuidado^(5,40).

Nesse sentido, uma produção do cuidado alicerçada no diálogo, no desempenho profissional respeitoso, acolhedor e resolutivo, propicia o fortalecimento de vínculos e de laços de confiança^(25,45), possibilita a abordagem ampliada da saúde, contextualizada com o território e seus determinantes sociais⁽⁴⁶⁾. Na perspectiva da clínica ampliada, fomenta maior capacidade diagnóstica e efetividade do ato terapêutico⁽²⁴⁾. No entanto, muitas vezes até se identifica no discurso dos profissionais de saúde uma concepção de acolhimento como tecnologia relacional, mas, na prática, o que se evidencia em diversos cenários é uma peregrinação de usuários em busca de cuidado e um frágil trabalho em equipe no desenho de acolhimento proposto pelo serviço⁽³⁹⁾.

Além disso, por vezes a escuta se limita às queixas, em razão da grande demanda de atividades, fragilizando o vínculo entre profissionais e usuários. Nessa lógica queixa-conduta, prescrições e padronizações abrem pouco espaço para a criatividade e autonomia dos sujeitos⁽⁴⁾. Até mesmo o acúmulo de conhecimento e vivência de agentes comunitários de saúde, em relação ao contexto comunitário e às condições de risco e vulnerabilidades do território de abrangência da equipe, é pouco valorizado, e tudo isso acaba impactando negativamente os processos de produção do cuidado⁽²⁵⁾. O que predomina no cotidiano dos serviços são relações burocratizadas desde a recepção até o modo de realizar as consultas ou fazer encaminhamentos⁽²⁷⁾.

Destaca-se que a amplitude das ações que buscam abordar todo o ciclo de vida, o maior tempo de atuação dos profissionais de saúde, o acolhimento com escuta qualificada, a mediação de agentes comunitários de saúde e a realização de visitas domiciliares que aproximam as equipes do contexto comunitário e da dinâmica familiar são aspectos identificados nesta revisão como favoráveis ao fortalecimento de vínculo entre as equipes e as

pessoas sob sua responsabilidade sanitária^(6,18), sendo entendido como uma construção de relações de afetividade e de confiança entre trabalhadores e usuários⁽⁵⁻⁶⁾.

Ressalta-se que vínculo pressupõe relação, por isso não é possível construí-lo unilateralmente. E, nessa relação, as condições de possibilidade para seu fortalecimento genuíno requerem o reconhecimento recíproco de “interlocutores válidos”. Trata-se de uma postura ética que possibilita pactuações e acolhimento de necessidades, desejos e expectativas que são distintos entre os sujeitos, pois, nesses encontros intercessores, se desdobram processos de desterritorializações^(5,44).

Dessa forma, a produção de relações simétricas capazes de gerar vínculo e responsabilização possibilita o enfrentamento de uma tendência à banalização dessas noções, a qual, além de produzir mais barreiras que inclusão, ainda atua na produção de subjetividade que gera “culpabilização” do usuário em vez de acolher suas demandas, necessidades e desejos⁽⁵⁾. Por isso, faz-se necessário questionar como esses vínculos estão sendo estabelecidos no cotidiano do trabalho, refletindo-se sobre até que ponto as equipes confiam nos usuários e valorizam sua voz, entendendo a produção do cuidado como uma relação a ser construída⁽⁴⁴⁾.

Quando os profissionais de saúde utilizam a criatividade e a inovação para conseguir pactuar de modo compartilhado o plano terapêutico com os usuários, é possível enriquecer o diálogo e ampliar a autonomia dos sujeitos envolvidos. Essas iniciativas, apesar de ainda causarem estranhamentos, são práticas inovadoras de produção do cuidado e estão alicerçadas nas tecnologias relacionais, na clínica ampliada e na abordagem centrada na pessoa⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾.

Dimensão interativa do processo de trabalho em equipe: aberturas e resistências

O processo de trabalho centrado em atos clínicos e prescritivos, no qual prevalecem posturas profissionais individualizadas⁽³⁰⁾ e práticas de saúde que estabelecem relações frias, burocráticas, empobrecidas⁽³¹⁾ e descontextualizadas das necessidades e singularidades dos problemas apresentados pelos usuários, conforma um modelo pouco resolutivo e comumente criticado por usuários, gestores e pelos próprios trabalhadores de saúde⁽³²⁾, tendo como consequência uma produção do cuidado pouco comprometida com a vida e com a constituição de sujeitos ativos⁽⁴³⁾.

Nesse contexto, o acolhimento consiste na primeira etapa do processo de microrregulação interna de uma unidade de saúde⁽⁵⁰⁾, como mecanismo de inclusão e de atenção à demanda espontânea com escuta qualificada⁽⁴²⁾. Ele se constitui em elemento para avaliação da qualidade do serviço de saúde, capaz de disparar reflexões e mudanças na organização do processo de trabalho, seja alterando fluxos ou potencializando o trabalho em equipe, possibilitando um alinhamento entre as necessidades de saúde dos usuários e a capacidade de resposta do serviço com maior resolutividade e responsabilização⁽³⁴⁾.

Além disso, quando a centralidade do cuidado é deslocada para a produção de procedimentos, corre-se o risco de reproduzir a racionalidade biomédica no processo de trabalho⁽⁴⁰⁾, sendo esta muitas vezes apoiada por uma lógica de mercado, na qual ocorrem disputas corporativas pelo monopólio de diagnósticos e de atos

prescritivos, em que os usuários são considerados consumidores de produtos de saúde e há um reforço à organização do trabalho fragmentado em etapas e pouco resolutivo⁽²⁾.

Essa situação é apontada como consequência de uma formação profissional em dissonância com um modelo de atenção centrado na APS e no usuário, focada majoritariamente em procedimentos técnicos e práticas de saúde fragmentadas⁽¹⁸⁾, visto que a incorporação de tecnologias relacionais no exercício clínico ainda é desafiadora e está em disputa no campo da formação em saúde⁽⁴⁶⁾.

Evidenciou-se que as negociações estabelecidas nesses processos têm a capacidade de reduzir tensões e priorizar demandas, viabilizando o cuidado longitudinal, já que a produção de subjetividades no território possibilita uma maior cumplicidade entre a comunidade e a equipe⁽³²⁾. O acolhimento com escuta qualificada, o afeto, o respeito, a honestidade, a qualidade da comunicação e o diálogo são destacados pelos usuários como indicadores de um cuidado humanizado⁽⁶⁾ que, por sua vez, implica maior adesão dos usuários ao plano de cuidados por se sentirem seguros e ouvidos, devido à configuração de uma teia de responsabilidades para com os projetos terapêuticos construídos, além de processos de trabalho que primem por criatividade e diálogo⁽⁴⁾.

Essa coordenação compartilhada e corresponsável pela produção do cuidado está alinhada à perspectiva da “colaboração interprofissional”, termo utilizado para descrever os processos interativos entre profissionais de diferentes campos do conhecimento, com práticas participativas e relacionamentos interpessoais fortalecidos. Tal colaboração proporciona uma atenção à saúde implicada com o cuidado integral e envolve intensificação da comunicação e da tomada de decisões compartilhada⁽³⁷⁾.

A colaboração interprofissional é considerada como um processo complexo, pois inclui partilha, entendida como divisão de responsabilidades e compartilhamento de decisões; parceria, com cultivo de relações de afinidade, comunicação aberta, respeito e confiança recíprocos; interdependência, que exige a participação de cada núcleo de saber nos projetos terapêuticos; e de poder, expresso como empoderamento de cada integrante da equipe, que tem sua devida importância reconhecida⁽³⁾.

A existência de tensões entre a lógica profissional tradicional e a prática colaborativa apresenta-se como outro desafio para o cuidado integral. Os profissionais que operam na lógica tradicional gerencialista do encaminhamento acabam recorrendo a serviços externos sem antes buscar a equipe de apoio multiprofissional, além de centrar suas práticas em procedimentos especializados⁽³⁷⁾. Em alguns contextos, o ato de se reunir para discutir e conhecer melhor os casos, pode ser considerado como “perda de tempo”, cujos dispositivos, tais como o apoio matricial, são deslegitimados na produção do cuidado integral⁽³¹⁾.

No contexto da ESF, a colaboração interprofissional entre integrantes das equipes de referência e das equipes do NASF pode ser concretizada pelo exercício do apoio matricial, entendido como suporte técnico, assistencial e pedagógico oferecido pela retaguarda especializada da equipe de apoio. Esse arranjo organizacional possibilita a ampliação da clínica de modo dialógico, promovendo a produção do cuidado por meio da discussão de casos e da construção compartilhada, corresponsável e contextualizada de projetos terapêuticos singulares (PTS), em um movimento de ruptura com práticas tradicionais pautadas na

medicalização, no encaminhamento e na hierarquia de saberes^(31,37). Dessa forma, o apoio matricial permite que seja superada a lógica fragmentada de trabalho, ainda prevalente no cotidiano dos serviços, e o usuário pode contar com a articulação de saberes e fazeres capazes de dar respostas mais resolutivas diante das diversas demandas trazidas ao serviço⁽⁴³⁾.

A prática colaborativa, apesar de se dispor a centrar-se nas necessidades de saúde das famílias e da comunidade, depara-se com o entrave de realizar um planejamento pautado no cumprimento de metas de produção de consultas exigidas pela gestão, admitindo a dificuldade de realizar seu trabalho com base nas dificuldades das equipes de referência e em parâmetros clínicos, epidemiológicos e sanitários encontrados no território⁽³⁷⁾. O processo de planejamento das equipes enfrenta limitações também pelo baixo registro de informações úteis, pela subutilização dos sistemas de informação disponíveis e pela ausência de monitoramento⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, os coletivos organizados para cogestão como dispositivos para organização do processo de trabalho e produção do cuidado têm o potencial de desencadear aproximações mais complexas no intuito de produzir cuidado integral por meio de encontros e intercâmbios, dando espaço para a alteridade nas relações estabelecidas pelo trabalho coletivo. Isso configura “um trabalho em equipe necessariamente cogrido, corresponsabilizado e aberto a processos instituintes de novas formas de produzir o cuidado”⁽²⁾(p.218), que operam encontros ético-politicamente comprometidos com a defesa da vida, constituindo-se como espaços para problematização e pactuação dos processos de trabalho e produção do cuidado integral⁽²⁸⁾.

Quando as equipes se reconhecem como coletivos que compartilham responsabilidades e práticas, dispendo-se a discutir, planejar e deliberar suas ações de forma mais horizontal e dialógica, o trabalho em equipe se torna mais fortalecido, permitindo maior integração entre os sujeitos. Isso se mostra como um interessante processo interprofissional⁽³⁷⁾, por meio do qual elas articulam seus núcleos de saberes e formam um campo comum do trabalho na saúde, com a valorização de intersubjetividades e catalisação de interesses diversos dos sujeitos⁽³²⁾, ampliando a capacidade de resolver os problemas de modo contextualizado e responsável⁽⁴⁾.

Partindo-se da premissa de que nenhuma categoria profissional isolada dispõe de todas as ferramentas para exercer o cuidado integral, a prática da colaboração interprofissional requer disposição, flexibilidade e abertura dos profissionais de saúde para colocar em ação interesses subjetivamente compartilhados, cujo trabalho passa a ser organizado pelo princípio da responsabilidade sanitária compartilhada entre equipe de referência e equipe de apoio, favorecendo trocas e cuidado ampliado^(37,42). Sem desconsiderar a importância dos protocolos clínicos na organização dos fluxos, os critérios determinantes para a qualidade das relações produzidas no encontro entre trabalhadores de saúde e usuários são a abertura para o diálogo e o interesse de construir um trabalho compartilhado⁽³⁸⁾.

Dimensão organizacional e articulação em rede: fluxos e barreiras de acesso

A desarticulação entre os serviços dos diversos níveis de atenção é um desafio importante para integralidade do cuidado, pois

resulta em limitada resolubilidade, descontinuidade do cuidado, desresponsabilização, retrabalho e perda de qualidade da atenção prestada ao usuário⁽²⁸⁾. As problemáticas envolvidas no processo de integração da ESF à rede assistencial estão atreladas tanto à insuficiência de serviços especializados que formam longas filas de espera quanto às dificuldades de comunicação entre profissionais da rede e até mesmo entre integrantes das equipes de referência e equipes do NASF no contexto da APS⁽¹⁸⁾.

Com certa frequência, os usuários se encontram perdidos entre os fios das redes de atenção à saúde, recorrendo a outras portas de entrada, tais como serviços de urgência e emergência como estratégia de acesso ao sistema de saúde e resolução de suas demandas⁽⁶⁾. Isso está no cerne da questão relacionada à valorização desses serviços por parte dos usuários, à revelia da crítica feita ao modelo “queixa-conduta”, à falta de vínculo e empatia e à abordagem curativa e fragmentada que impera nesse ponto da rede⁽³³⁾.

Reconhecer que os usuários disputam sentidos e fabricam brechas em seu “agir leigo”, produzindo “mapas de cuidado” e outros arranjos possíveis de sistemas de saúde e modos de se pensar e organizar o cuidado, requer dos profissionais mudanças em seu modo de agir cristalizado: é preciso um processo de abertura para outros caminhos que levem em consideração o movimento real dos usuários em busca de cuidado, bem-estar e atenuação da dor, uma vez tangenciado pelo sofrimento, adoecimento e/ou sentimento de fragilidade, inerentes à condição humana⁽³³⁾.

É interessante perceber que os usuários participam ativamente da regulação do sistema, mesmo não sendo reconhecidos e valorizados como estratégia de cogestão do cuidado, visto que alguns gestores e trabalhadores têm dificuldade de reconhecê-los como produtores ativos. Por perceber os serviços como “produtores de barreiras”, alguns usuários fabricam possibilidades de acesso e não se subordinam à lógica de uma única porta de entrada. Decerto que eles não deixarão de buscar alternativas de vínculo, de cuidado, produzindo redes informais enquanto os serviços fabricarem propostas de peregrinação numa rede “analógica”, uma vez que a regulação só passa a fazer sentido em defesa da vida se for trabalhada para produzir conexões em redes pautadas no cuidado compartilhado^(41,44).

Outro exemplo de rede instituinte de cuidado, identificado nas publicações, foi proporcionado pela experimentação de um planejamento participativo, alicerçado nas premissas da educação permanente em saúde e da cogestão, transformando as relações de intenso conflito entre profissionais de saúde e usuários em dispositivo de comprometimento da comunidade, bem como fortalecendo vínculos e estabelecendo corresponsabilidades. Assim, “todo esse processo proporcionou a mudança de atitude no processo de produção de cuidado e potencializou o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos implicados”⁽²⁶⁾(p.677).

No que se refere aos entraves organizacionais que repercutem na produção de “descuidado”, foram identificados como desafios a pouca autonomia política das equipes da ESF, a supervalorização do tecnicismo e o distanciamento da reflexão sobre o pensar e o fazer em saúde⁽⁴⁵⁾. Há também uma desproporcionalidade entre oferta e demanda, déficit na composição técnica do trabalho que sobrecarrega os profissionais de saúde e ausência de planejamento centrado nas necessidades dos usuários e no contexto

territorial, aspectos estes que contribuem para a formação de demanda reprimida, processo de trabalho cristalizado e práticas de cuidado fragmentadas^(18,34).

Ainda, verificaram-se como limitações: infraestrutura inadequada, restrição de insumos, entraves na adoção do acolhimento como dispositivo de gestão para organização do acesso e do processo de trabalho, cuidado fragmentado e centrado na medicalização, ruídos de comunicação entre trabalhadores, desarticulação entre os diferentes níveis de atenção e fragmentação dos sistemas de informação⁽³⁰⁾. Muitos serviços ainda mantêm o padrão de atendimento médico-centrado, com excessivos encaminhamentos e dependência da APS em relação ao suporte da atenção especializada⁽³⁵⁾.

Nesse íterim, destaca-se que a discussão de casos e a construção conjunta de PTS como fio condutor do processo de produção do cuidado expressa um trabalho resolutivo e, comumente, resulta em satisfação tanto dos usuários quanto dos próprios trabalhadores de saúde⁽³⁷⁾. Todavia, para que essa reestruturação aconteça de modo fluido no cotidiano do serviço, faz-se necessária a reorganização do processo de trabalho das equipes e a programação conjunta das atividades pactuadas, demandando a construção de uma agenda compartilhada, alinhada ao espaço de reunião de equipe. Tal movimento nem sempre é fácil de acontecer devido às resistências por parte de alguns profissionais, consequência da falta de integração e de articulação em equipe⁽³⁶⁾, bem como do modo de organização dos serviços, que podem favorecer ou não esses encontros.

A produção do cuidado mediada pelas tecnologias leves permite que o PTS seja proposto com base em uma mediação e negociação com o usuário, requerendo o deslocamento de posturas prescritivas, impositivas e homogeneizadoras, para a assunção de posturas interativas, dialógicas e resolutivas, que levem em consideração as necessidades dos usuários e as especificidades do território no qual estão inseridos⁽⁴⁷⁾. Projetos terapêuticos compartilhados e singularizados podem ser propostos pelo exercício da clínica ampliada, sendo possível encontrar respostas às necessidades de saúde dos sujeitos de modo mais assertivo e resolutivo⁽⁴⁸⁾.

Limitações do estudo

Destaca-se como uma das limitações desta revisão o caráter restrito de um dos critérios de elegibilidade, visto que se optou por contemplar apenas periódicos nacionais. Outra limitação se refere à dimensão temporal de publicações até o ano 2018, período que não abarcou publicações mais recentes expressando os desdobramentos da crise socio sanitária da pandemia de COVID-19, a qual repercutiu diretamente no modo de produzir cuidados na APS.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

O panorama dos desafios enfrentados no cotidiano dos serviços de APS e os processos indutores de boas práticas representados pelas estratégias e pelos dispositivos que foram identificados exigem maior investimento dos formuladores de políticas e decisores, com o intuito de facilitar a tomada de decisões ético-politicamente comprometidas com um cuidado integral e resolutivo.

Além disso, reconhece-se que esses processos estão em disputa no cotidiano de trabalho das equipes e no modo como estas se relacionam com os usuários que são acompanhados nas unidades de saúde, principalmente no atual contexto de tentativas sistemáticas de desmonte da política pública de saúde brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção do cuidado se articula à micropolítica do processo de trabalho em saúde, demandando integração colaborativa comprometida com a produção de planos terapêuticos compartilhados e singularizados e práticas integrais que acontecem no interior dos serviços ou no território. Dentre as situações desafiadoras identificadas, destacam-se as práticas de saúde que não levam em consideração as necessidades singularizadas dos usuários em tempo oportuno; os processos de trabalho cristalizados focados na lógica burocratizada, medicalizante e procedimental; e os entraves relacionados aos modos de organização dos serviços, que acabam produzindo barreiras de acesso, estabelecendo relações distanciadas e ruidosas entre usuários, profissionais de saúde e gestores.

Como resposta a esses desafios, foram mapeadas estratégias e dispositivos favoráveis à produção do cuidado integral, tais como o acolhimento com escuta qualificada, o uso de ferramentas e práticas de interprofissionalidade como condições para

um trabalho em equipe colaborativo e as redes instituintes de cuidado coproduzidas pelos sujeitos. O que há em comum entre esses dispositivos é a abertura dos sujeitos para uma escuta ativa, o fortalecimento de vínculos intersubjetivos, a valorização dos territórios existenciais e o trabalho vivo em ato e colaborativo.

Por isso, a implementação de outros modos de agir na saúde – centrados nas necessidades e singularidades dos sujeitos, norteados pelas tecnologias relacionais e pela prática clínica ampliada e compartilhada –, apesar de enfrentar adversidades e situações contraditórias, já conta com o acúmulo de experiências exitosas nos mais variados contextos da APS brasileira, como pôde ser evidenciado nas publicações que compuseram esta revisão. Assim, esses bons resultados são potencialidades para o fortalecimento de vínculos interpessoais e reorientação do processo de organização das práticas de saúde e de produção do cuidado integral e contextualizado, pautado na corresponsabilidade, no respeito e na dignidade humana.

FOMENTO

Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde/ PPSUS–CE (Edital 01/2017) – Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Secretaria Estadual de Saúde do Ceará/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP-SESA–Decit/SCITIE/MS–CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Feuerwerker LCM, Capozzolo AA. Atenção Básica e formação em saúde. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, (Orgs.). Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p.291-310.
2. Cavalcante-Filho JB. Coletivos organizados para a produção do cuidado integral: um desafio para a regulamentação profissional. Rev APS [Internet]. 2009 [cited 2020 Jul 2];12(2):214-20. Available from: <https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/14246>
3. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. Saúde Soc. 2013;22(1):173-86. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100016>
4. Santos AM, Nóbrega IKS, Assis MMA, Jesus SR, Kochergin CN, Bispo-Jr JP, et al. Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família. Rev APS. 2015;18(1):39-49.
5. Seixas CT, Baduy RS, Bortoletto MSS, Lima JVC, Kulpa S, Lopes MLS, et al. Vínculo e responsabilização: como estamos engravidando esses conceitos na produção do cuidado na atenção básica? In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, (Orgs.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis Editora; 2016. p.391-407.
6. Cunha ATR, Vilas RLA, Melo RHV, Silva AB, Rodrigues MP. Percepções de usuários sobre humanização na Estratégia Saúde da Família: um estudo ancorado na Teoria da Dívida. Cienc Plural 2017;3(3):16-31. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13094/9350>
7. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014. 187 p.
8. Campos GWS. Saúde Paidéia. 4ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2015. 185 p.
9. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Cienc Saude Colet. 2001;6(1):63-72. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>
10. Pinheiro R, Mattos RA, (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ed. Rio de Janeiro: Editora UERJ, IMS, ABRASCO; 2009. 184 p.
11. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa MF. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N, (Orgs.). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2014. p.353-372.
12. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União 2016; 15 de dezembro.
13. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives. Saúde Debate 2018;42(Esp):208-22. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
14. Presidência da República (BR). Portaria MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 22 de setembro.

15. Morosini MVGC, Fonseca AF. Reviewing the Brazilian National Primary Healthcare Policy at such a time? *Cad Saúde Pública* 2017;33(1):e00206316. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00206316>
16. Stuckler D, Basu S. *A economia desumana: porque mata a austeridade*. Lisboa: Editorial Bizâncio; 2014. 302 p.
17. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet Public Health* 2019; 394(10195):345-356. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
18. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(5):1499-509. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
19. Menezes ELC, Scherer MDA, Verdi MI, Pires DP. Manners of producing care and universality of access in primary health care. *Saúde Soc*. 2017;26(4):888-903. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170497>
20. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Cienc Saude Colet*. 2018;23(3):861-70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>
21. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
22. The Joanna Briggs Institute. Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews. Austrália: Joanna Briggs Inst [Internet] 2015 [cited 2020 Jul 29]. Available from: <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
23. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*. 2018;18(1):143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
24. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Cienc Saude Colet [Internet]* 2008 [cited 2020 Jul 21];13(1):71-82. Available from: <https://scielosp.org/pdf/csc/2008.v13n1/71-82/pt>
25. Barros DM, Sá MC. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. *Cienc Saude Colet*. [Internet] 2010 [cited 2020 Jul 21];15(5):2473-82. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a22.pdf>
26. Franco TB, Koifman L. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a Educação Permanente em Saúde. *Interface Comum Saude Educ* 2010;14(34):673-81. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000016>
27. Albuquerque RA, Jorge MSB, Franco TB, Quinderé PHD. Production of comprehensive prenatal care: a pregnant woman's route at a primary family healthcare unit. *Interface Comum Saude Educ*. 2011;15(38):677-686. doi: 10.1590/S1414-32832011005000041.
28. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2):295-304. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200011>
29. Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP. Saúde da família: visão dos usuários. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(3):397-402.
30. Vieira-dos-Santos IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Rev Salud Publica (Bogota) [Internet]* 2011 [cited Jul 21] 13(4):703-16. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n4/v13n4a15.pdf>
31. Rodrigues ES, Moreira MIB. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. *Saúde Soc*. 2012;21(3):599-611. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300007>
32. Amorim ACCLA, Assis MMA, Santos AM. Vínculo e responsabilização como dispositivos para produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Rev Baiana Saude Publica* 2014;38(3):539-54. <https://doi.org/10.5327/Z0100-0233-2014380300004>
33. Cecílio LCO, Carapinheiro G, Andrezza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saude Publica*. 2014;30(7):1502-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>
34. Souza MC, Araújo TM, Andrade FA, França AJ, Souza JN. Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do nordeste, Brasil. *O Mundo da Saúde [Internet]*. 2014 [cited 2020 Jul 29];38(2):139-148. Available from: http://www.saocamilos-p.br/pdf/mundo_saude/155562/A02.pdf
35. Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC. Matrix support, individual therapeutic project and production in mental health care. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):112-20. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002430013>
36. Machado SS, Mattos RJB. Apoio institucional na atenção básica: a experiência no município de Salvador – BA. *Rev Baiana Saude Publica*. 2015;39(1):139-149. <https://doi.org/10.5327/Z0100-0233-2015390100012>
37. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(8):2511-21. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>
38. Mendes VM, Carvalho YM. Sem começo e sem fim... com as práticas corporais e a Clínica Ampliada. *Interface Comum Saude Educ*. 2015;19(54):603-13. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0718>
39. Silva TF, Romano VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde Debate*. 2015;39(105):363-74. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002005>
40. Baduy RS, Kulpa S, Talleberg C, Seixas CT, Cruz KT, Slomp-Jr H, et al. Mas ele não adere! – o desafio de acolher o outro que é complexo para mim. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp-Jr H, (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis Editora; 2016. p.220-227.

41. Bertussi DC, Feuerwerker LCM, Freire MP, Louvison MCP. Arranjos regulatórios como dispositivos para o cuidado compartilhado em saúde. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis Editora; 2016. p.354-64.
 42. Oliveira LA, Cecílio LCO, Andreazza R, Araújo EC. Processos microrregulatórios em uma unidade básica de saúde e a produção do cuidado. *Saúde Debate*. 2016;40(109):8-21. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610901>
 43. Gurgel ALLG, Jorge MSB, Caminha ECCR, Maia-Neto JP, Vasconcelos MGF. Cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a experiência do apoio matricial. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25:e7101. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.7101>
 44. Maximino VS, Liberman F, Frutuoso MF, Mendes R. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. *Saúde Soc*. 2017;26(2):435-447. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170017>
 45. Rios MO, Nascimento MAA. Production of care for resolubility of the Family Health Strategy: knowledge and dilemmas. *Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2017 [cited 2020 Aug 3];11(Suppl 9):3542-50. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234484/27678>
 46. Graff VA, Toassi RFC. Produção do cuidado em saúde com foco na clínica ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia. *Rev ABENO [Internet]* 2017 [cited 2020 Aug 3];17(4):63-72. Available from: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/516>
 47. Agonigi RC, Carvalho SM, Freire MAM, Gonçalves LF. The production of care in the routine of Family Health Teams. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 6):2659-65. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0595>
 48. Fonsêca GS, Pires FS, Junqueira SR, Souza CR, Botazzo C. Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. *Saúde Soc*. 2018;27(4):1174-85. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180117>
 49. Graff VA, Toassi RFC. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 2018;28(3):e280313. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280313>
 50. Silva TF, David HMSL, Caldas CP, Martins EL, Ferreira SR. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. *Saúde Debate* 2018;42(Esp.4):249-60. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s420>
-