

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE)**

Marília Silveira de Castro

Pesquisa-ação e práticas pedagógicas emancipadoras: caminhos que se cruzam para a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família de um município de pequeno porte em MG

Juiz de Fora

2024

Marília Silveira de Castro

Pesquisa-ação e práticas pedagógicas emancipadoras: caminhos que se cruzam para a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família de um município de pequeno porte em MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.
Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Helena de Oliveira

Juiz de Fora

2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silveira de Castro, Marília.

Pesquisa-ação e práticas pedagógicas emancipadoras: caminhos que se cruzam para a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família de um município de pequeno porte em MG / Marília Silveira de Castro. -- 2024.
120 f.

Orientador: Helena de Oliveira

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2024.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. processo de trabalho.
3. estratégias pedagógicas emancipadoras. I. de Oliveira, Helena, orient. II. Título.

Marília Silveira de Castro

Pesquisa ação e práticas pedagógicas emancipadoras: caminhos que se cruzam para a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família de um município de pequeno porte em MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde da Família.
Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 30 de setembro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Helena de Oliveira -
Orientadora Universidade Federal
de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a Juliana Bittencourt Garcia
Universidade Federal de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Beatriz Francisco Farah
Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 13/09/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Beatriz Francisco Farah, Professor(a)**, em 30/09/2024, às 22:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Helena de Oliveira, Professor(a)**, em 01/10/2024, às 13:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Bittencourt Garcia, Usuário Externo**, em 02/10/2024, às 12:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-UJf (www2.ujf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1983608** e o código CRC **65213EED**.

DEDICATÓRIA

“Dos Sonhos aos Ressignificados”

Não se trata, apenas, de um título ou da construção de um novo saber. Versa sobre uma jornada repleta de inquietações e ressignificados. O mestrado sempre foi um sonho distante, algo que eu desejava, mas nunca transformei em objetivo concreto. Quando vi o edital de seleção, pensei: "Por que não tentar?" Despretensiosamente, fiz minha inscrição. Naquele momento, minha vida estava marcada pela desilusão e tristeza que pareciam consumir minha existência. O que fazer diante disso? Minha única opção era ressignificar os modos de pensar, sentir e agir e assumir o controle da minha vida. Tudo isso gerou em mim uma grande inquietação.

No início dessa jornada, passei por cinco etapas de seleção, e quando me dei conta, lá estava eu, entre as oito selecionadas. Eu, a filha da Didi e do Sebastião, uma mulher com mais de 40 anos, que, na juventude, teve pouco investimento na formação acadêmica, mãe de um jovem incrível, com uma história marcada por erros e acertos, quedas e superações e muita dificuldade. Posso dizer que a vida foi “dura” comigo. Meus pais, que não tiveram a oportunidade de concluir o ensino fundamental, sempre tiveram opiniões divergentes sobre minha trajetória acadêmica. Minha mãe dizia: "Pra que estudar tanto? Isso só te deixa cansada, você já trabalha demais". Já meu pai, orgulhoso, sempre me encorajou: "Se você tem a oportunidade de estudar, estude!"

Em agosto de 2022, movida por uma necessidade urgente de mudança, o mestrado tornou-se um objetivo e comecei uma nova fase. Conciliar trabalho, atividades acadêmicas, maternidade e vida pessoal foi um desafio imensurável. Assim, nesses dois anos em uma jornada de ressignificação e constante inquietação, experimentei a liberdade de voar com minhas próprias asas e, finalmente, conquistei o título de Mestra em Saúde da Família.

Dedico essa conquista à Marília, a mulher que sou hoje e à que ainda me tornarei. Uma mulher que carrega a liberdade como princípio, que enfrenta desafios com resiliência e que, em cada fase da vida, está disposta a reinventar e ressignificar sua própria trajetória. Que essa conquista seja um lembrete do meu compromisso em evoluir e seguir em frente, independentemente das adversidades.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a Deus, pai misericordioso, que sempre me deu força, sabedoria e discernimento para enfrentar e superar cada dificuldade ao longo desta jornada que se chama vida.

À minha família, em especial ao meu filho Miguel, que, mesmo sem compreender totalmente os motivos e sacrifícios envolvidos, me deu o espaço necessário para que eu pudesse me dedicar à minha trajetória acadêmica. Seu apoio silencioso foi fundamental.

Aos meus amigos, que sempre estiveram ao meu lado, torcendo por mim, celebrando minhas conquistas e orgulhando de cada passo dado. Vocês foram meu suporte emocional, e sou imensamente grata por cada palavra de incentivo.

Um agradecimento especial à minha orientadora, Profa. Dra. Helena de Oliveira, que não apenas orientou minha pesquisa, mas guiou-me em um processo de aprendizagem verdadeiramente significativo. Sob sua orientação compreendi, na prática, o valor de uma abordagem dialética, emancipadora, criativa e participativa. Com ela, aprendi que a educação vai além do conteúdo acadêmico, a aprendizagem é desenvolvida pela consciência crítica e pelo incentivo à autonomia.

À minha equipe de pesquisa, Jéssica e Gilberto, que foram parceiros essenciais em cada etapa da coleta de dados. Seu compromisso e colaboração foram fundamentais para o sucesso deste estudo.

Às três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que participaram ativamente desta pesquisa, com destaque especial aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que se envolveram de forma tão dedicada, contribuindo de maneira valiosa para os resultados alcançados.

Aos meus colegas de trabalho, vocês foram mais do que parceiros profissionais, o companheirismo e a compreensão, especialmente nos períodos em que precisei conciliar minhas responsabilidades acadêmicas e profissionais, fizeram toda a diferença.

Por fim, à gestão municipal, que me ofereceu o apoio e a autonomia necessários para a realização deste estudo. Sem essa confiança e colaboração, nada disso seria possível.

A todos, meu sincero e profundo agradecimento.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo favorecer a reorganização do processo de trabalho das equipes de ESF do município de Vale das Flores/MG, considerando os pressupostos da autonomia e do protagonismo dos sujeitos na construção dialógica e participativa, com foco no cuidado aos usuários portadores de hipertensão arterial. A metodologia escolhida foi a pesquisa-ação por tratar-se de uma intervenção capaz de produzir conhecimento. Para coleta de dados foram realizados 2 Grupos Focais e 1 Oficina, apoiados na observação participante e no diário de campo. Estiveram presentes no Grupo Focal I, 10 ACS e no Grupo Focal II os 3 médicos, os 3 enfermeiros e o gerente da APS. Dentre os 17 participantes dos Grupos Focais, 14 participaram da Oficina. O estudo revelou importantes aspectos sobre o processo de trabalho nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), destacando o impacto das relações interpessoais, interprofissionais e do poder político partidário na autonomia das equipes. Além disso, o estudo identificou que o conhecimento utilizado na assistência aos usuários com hipertensão arterial é majoritariamente baseado na prática cotidiana, com lacunas em fundamentos teóricos. Desta forma, para melhorar o processo de trabalho nas equipes de ESF, é fundamental fortalecer as relações interpessoais entre usuários, equipe e representantes políticos. A educação permanente demonstra-se como uma estratégia fundamental neste processo. Esta deve priorizar os espaços de diálogo e reflexão, promovendo um ambiente de respeito e cooperação. Esse fortalecimento contribuirá para uma prática de saúde mais democrática e emancipadora, superando interferências externas e melhorando a autonomia das equipes.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, processo de trabalho, estratégias pedagógicas emancipadoras.

ABSTRACT

This study aimed to support the reorganization of the work process within the Family Health Strategy (FHS) teams in the municipality of Vale das Flores/MG, considering the principles of autonomy and protagonism of individuals in dialogical and participatory construction, focusing on the care of users with hypertension. The chosen methodology was action research, as it is an intervention capable of generating knowledge. Data collection involved two Focus Groups and one Workshop, supported by participant observation and a field diary. Focus Group I included 10 Community Health Workers (CHWs), while Focus Group II comprised three doctors, three nurses, and the Primary Health Care (PHC) manager. Among the 17 participants in the Focus Groups, 14 also attended the Workshop. The study revealed significant aspects of the work process within FHS teams, highlighting the impact of interpersonal and interprofessional relationships, as well as partisan political power, on team autonomy. Additionally, the study identified that the knowledge applied to the care of users with hypertension is predominantly based on daily practice, with gaps in theoretical foundations. Thus, to improve the work process within FHS teams, it is essential to strengthen interpersonal relationships among users, teams, and political representatives. Continuing education emerges as a key strategy in this process, prioritizing spaces for dialogue and reflection while fostering an environment of respect and cooperation. This strengthening will contribute to a more democratic and emancipatory health practice, overcoming external interferences and enhancing team autonomy.

Keywords: primary health care, work process, emancipatory pedagogical strategies.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
EPS	Educação Permanente em Saúde
ERP	Estimativa Rápida Participativa
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCL	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 OBJETIVO GERAL	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4 REVISÃO DE LITERATURA	18
4.1 PROCESSO DE TRABALHO E SEUS COMPONENTES.....	22
4.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	24
4.3 ATEORIA DO TRABALHO VIVO EM ATO.....	26
4.4 PROCESSO DE TRABALHO NA APS.....	29
4.5 PROCESSO DE TRABALHO PARA A HAS	31
5 MÉTODO	34
5.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
6.1 FINALIDADE DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES ESF	44
6.1.1 Promoção da Saúde e Autocuidado	44
6.1.2 Prevenção de complicações	45
6.1.3 Tratamento eficaz	45
6.1.4 Monitoramento regular	45
6.1.5 Encaminhamento quando necessário	46
6.1.6 Alimentação dos sistemas de informação	46
6.1.7 Resolutividade	46
6.2 OBJETO/INDIVÍDUO: O INDIVÍDUO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL QUE PROCURA O CUIDADO OU ATENDIMENTO PELAS EQUIPES ESF	48
6.2.1 Baixa adesão ao tratamento	49
6.2.2 Busca por atendimento a partir de sintomas	50
6.2.3 Negação da doença	50
6.2.4 Desconhecimento sobre a doença	50
6.2.5 Desconhecimento sobre nomes e ações dos medicamentos	50
6.2.6 Busca por soluções superficiais ou paliativas oferecidas	51

6.3 INSTRUMENTOS MATERIAIS E NÃO MATERIAIS UTILIZADOS PELOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE ESF NA PRODUÇÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL	53
6.3.1 Aferição de pressão arterial	54
6.3.2 Receitas médicas	55
6.3.3 Consultas individuais	56
6.3.4 Trabalhos com grupo	57
6.3.5 Visitas domiciliares	61
6.3.6 Metas	62
6.4 AGENTE: O TRABALHADOR, AQUELE QUE OFERECE O CUIDADO AO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	65
6.4.1 Motivações para o trabalho	65
6.4.2 Competência cultural	69
6.4.3 Renovação automática de receitas médicas	70
6.4.4 Habilidades e conhecimentos	71
6.4.5 Relações interpessoais com usuários	74
6.4.6 Relações interpessoais dentro da equipe	82
6.4.7 Relações interpessoais com políticos	88
7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	94
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	113
APENDICE I.....	113
APENDICE II.....	114
APENDICE III.....	118
APENDICE IV.....	120

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela reorganização do processo de trabalho por meio de práticas pedagógicas emancipadoras, especialmente no contexto das equipes de ESF, surge da minha experiência direta no município onde o estudo foi conduzido. Essa vivência prática permitiu-me observar de perto os desafios e as potencialidades das equipes, evidenciando a necessidade de uma abordagem educacional que promove maior autonomia e participação dos profissionais. Assim, o estudo reflete meu desejo de transformar o cotidiano do trabalho em saúde, integrando métodos pedagógicos que empoderam os trabalhadores, valorizam seus saberes e favorecem uma organização mais democrática e eficiente do cuidado em saúde.

O município em questão é o Vale das Flores – nome fictício - uma cidade com 5.198 habitantes – estimativa IBGE para 2024 - localizada na Zona Campos das Vertentes, pertence à Microrregião da Mantiqueira e a lavoura e a pecuária são suas principais atividades econômicas. Apesar dessas atividades serem características da área rural, a população residente na área urbana – 67% - supera o quantitativo de população residente na área rural – 33% (IBGE, 2024b).

O sistema de saúde municipal é pleno e para garantir o atendimento integral aos seus usuários, utiliza-se da rede de assistência à saúde regional. Nesta perspectiva da regionalização, de acordo com Minas Gerais (2020), o município de Vale das Flores pertence à microrregião de Barbacena - composta por 15 municípios e atendendo uma população de 238.606 habitantes - e à macrorregião de saúde centro-sul - composta por 51 municípios e uma população de 788.353 habitantes.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dispõe de uma Unidade Básica de Saúde que abriga três equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Cada equipe é composta por um médico generalista, um enfermeiro generalista, um técnico em enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e duas equipes de saúde bucal. Há também o apoio de uma equipe multidisciplinar - composta por fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga, psicóloga, assistente social – e uma equipe médica – composta por um ginecologista, um pediatra e dois clínicos gerais. E para garantir o acesso às ações e aos serviços dispõe ainda de uma central de regulação da assistência e marcação de consultas.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2022-2025), realizado pela SMS de Vale das Flores no ano de 2021, constam, como principais “nós críticos”, a baixa

oferta de emprego e a maior vulnerabilidade social de alguns bairros. Quanto ao modelo de atenção à saúde desse município, observa-se que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentam uma cultura médico-curativista e, por esse motivo, faz-se necessário transcender a abordagem curativista, hospitalocêntrica, fragmentada em especialidades (Gottens; Pires, 2009). Em setembro de 2022, foi realizada uma Estimativa Rápida Participativa (ERP) com as três equipes da Estratégia de Saúde da Família de Vale da Flores.

A ESF traz novas perspectivas ao cuidado, buscando romper com paradigmas tradicionais e promover a reconstrução das práticas de saúde com foco no indivíduo, na família e na comunidade. Neste sentido, é fundamental compreender que o trabalho em saúde é essencialmente relacional e entender o próprio trabalho como um campo onde se desenrolam dinâmicas relacionais, envolvendo a micropolítica, as relações de poder e as interações intersubjetivas (Merhy; Franco, 2003; Merhy *et al.*, 2019; Starfield, 2002).

Diante disso, a ESF torna-se um ambiente “intercessor” e relacional - onde emerge o cuidado em saúde permeado pelas relações interpessoais e pela subjetividade envolvida no processo de trabalho em saúde. Estas exercem influências no processo de trabalho e exigem o reconhecimento da negociação, dos conflitos e do encontro com o outro. Assim, no campo das relações intercessoras é essencial reconhecer a legitimidade dos saberes, valores e desejos que orientam os diferentes profissionais de saúde (Merhy, 1999; Merhy *et al.*, 2019; Pimentel, 2011).

A reconstrução das práticas e as mudanças nos microprocessos de trabalho em saúde, centradas no usuário, demandam a organização e o aproveitamento das habilidades humanas, tanto técnicas quanto relacionais. Essas habilidades podem ser desenvolvidas, aprendidas e aprimoradas pelos profissionais por meio de um conhecimento emancipador (Martins *et al.*, 2024; Merhy *et al.*, 2019; Pimentel, 2011; Rios *et al.*, 2007).

O conhecimento emancipador é aquele produzido através das relações dos sujeitos, que possibilita agregar o conhecimento científico ao conhecimento empírico. As teorias de aprendizagem significativa são um poderoso instrumento para a produção de conhecimento emancipador, uma vez que as reflexões baseadas no conhecimento prévio, na identificação das lacunas, no aprofundamento dos estudos e nas trocas de saberes promovem a autonomia e o empoderamento dos atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem (Pereira *et al.*, 2021; Pires; Lacerda,

2016; Rios *et al.*, 2007; Vasconcellos; Vieira; Goldsztajn, 2021).

Diante disso, esta pesquisa de mestrado teve como objetivo favorecer a reorganização do processo de trabalho das equipes de ESF do município de Vale das Flores/MG, considerando os pressupostos da autonomia e do protagonismo dos sujeitos na construção dialógica e participativa, com foco no cuidado aos usuários portadores de hipertensão arterial.

Definiu-se como estratégia para alcançar este objetivo a pesquisa-ação, por tratar-se de uma metodologia que, na perspectiva de Thiollent (1986), é intervencionista, capaz de solucionar problemas em uma organização e ao mesmo tempo de produzir conhecimento.

Com a conclusão deste estudo foi ofertada ao serviço uma proposta de educação permanente em saúde a ser construída com os profissionais das três equipes de ESF, considerando os pressupostos da autonomia e do protagonismo dos sujeitos na construção dialógica e participativa entre os atores envolvidos no processo.

2 JUSTIFICATIVA

O interesse pela reorganização do processo de trabalho das equipes de ESF através de práticas pedagógicas emancipadoras vem da minha experiência direta no município do estudo. Minha vivência revelou os desafios e potencialidades das equipes, destacando a necessidade de uma abordagem educacional que promove maior autonomia e participação dos profissionais.

Aliado a este desejo, em setembro de 2022, aconteceu a Estimativa Rápida Participativa (ERP), com as equipes de Estratégia de Saúde da Família que atuam no município de Vale das Flores. ERP é um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas de um território, em um curto período e sem gastos, tendo como princípio um diálogo entre os profissionais e a população (Acúrcio; Santos; Ferreira, 1998, p. 91).

Para tal, foram coletadas informações através de entrevistas, dados secundários e observação do território, subsidiando o diagnóstico situacional, a priorização dos problemas e o planejamento.

Os resultados mostraram que as equipes de ESF: a) trabalham baseadas em conhecimentos empíricos; b) possuem pouca base conceitual e teórica para agregar às experiências vividas no território e c) apresentam dificuldades no processo de trabalho, tais como comunicação - dentro de cada equipe, entre as equipes e entre os setores - na execução de ações planejadas, na referência e contra referência. Associado a isto, a hipertensão arterial sistêmica mostrou-se a causa mais importante de adoecimento da população municipal.

Diante disso, foi proposto o presente projeto, que consiste na realização simultânea de: produção de conhecimentos sobre as abordagens das equipes no enfrentamento à hipertensão arterial sistêmica; conscientização dessas equipes sobre os condicionantes de seu processo de trabalho e intervenção neste processo de trabalho com estratégias pedagógicas emancipadoras.

3 OBJETIVOS

Neste capítulo, apresentam-se os objetivos geral e específicos que norteiam o presente estudo.

3.1 OBJETIVO GERAL

Favorecer a reorganização do processo de trabalho das equipes de ESF do município de Vale das Flores/MG, considerando os pressupostos da autonomia e do protagonismo dos sujeitos na construção dialógica e participativa, com foco no cuidado aos usuários portadores de hipertensão arterial.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender as relações interpessoais, interprofissionais e de poder que interferem no processo de trabalho e na autonomia das equipes de ESF;
- b) Identificar o conhecimento (empírico e científico) utilizado na assistência aos usuários com hipertensão arterial, bem como suas lacunas;
- c) Validar as lacunas de conhecimento identificadas;
- d) Apontar para a reorganização do processo de trabalho autônomo, a partir do desenvolvimento das lacunas de conhecimento identificadas.

4 REVISÃO DE LITERATURA

No processo de evolução, a humanidade acumulou saberes que foram sistematizados como conhecimentos. Para Rios *et al.* (2007), a filosofia, o senso comum e a ciência promovem um elo de saberes. A Filosofia promove a autorreflexão. O senso comum contribui para que a ciência progrida a partir das propostas de soluções para superar as dificuldades enfrentadas pela população, enquanto a ciência existe para esclarecer aspectos problemáticos do senso comum, fornecer respaldo aos questionamentos e fundamentar cada conhecimento produzido em resposta às demandas.

Na perspectiva socrática, o conhecimento pode ser adquirido tanto pela experiência quanto pela ciência. Rios *et al.* (2007) destacam que enquanto o primeiro redimensiona o novo conhecimento a partir de dificuldades que emergem no cotidiano das pessoas, o segundo possibilita o conhecimento fundamentado através de pesquisas, estudos e comprovações e permite a revelação da verdade sobre os fenômenos.

A fragilidade do conhecimento exclusivamente empírico reside no fato de que a “verdade” resultaria apenas de nossas opiniões sobre as coisas e do consenso que se formaria a partir disso. “Nosso conhecimento seria múltiplo, relativo, mutável, porque dependeria efetivamente das conjecturas em que nos encontrássemos” (Quiroga, 2013, p. 13).

Entretanto, “a base primordial do conhecimento são as sensações e os contatos imediatos com o mundo” (Germano, 2011, p. 40). Para Rios *et al.* (2007) o conhecimento adquirido pela experiência humana – empírico – é um dos fundamentos do conhecimento científico e é, por esse motivo, útil à ciência.

A produção do conhecimento, para Neves, Oliveira e Bastos (2022), envolve três elementos, dos quais emergem o ato de aprender e a própria formação da consciência do indivíduo sobre si e sobre o mundo: o sujeito cognoscente, a linguagem e os processos de interações dialogados. Em outras palavras, um conhecimento que emerge de um sujeito incompleto, essencialmente social, constituído a partir da cultura, da história, de interações e “diálogos com o diferente”, mediados pela linguagem, em processos transformadores do sujeito, da sociedade ou do próprio conhecimento.

O sujeito cognoscente, para Vasconcellos, Vieira e Goldszajn (2021), é aquele ser pensante, de relação, contextualizado e apaixonado, inserido numa dialética de autonomia e determinação e permeado por três dimensões: uma racional-lógica, uma desiderativa/afetiva/simbólica e uma terceira social/relacional. A autonomia deste sujeito corresponde à sua ação criativa, isto é, quanto mais criadora e divergente em relação ao já instituído for essa ação, maior será a autonomia do ser cognoscente. O já instituído: cultura, história, interações sociais. Pensar e conhecer o já instituído, para dele divergir, é um potente instrumento de empoderamento e construção da autonomia do sujeito cognoscente: conhecimento como libertação. Construir um conhecimento libertador, emancipador sobre o já instituído, através de interações e diálogos entre sujeitos, integrando a experiência com a ciência, significa o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e aumento do poder de transformação da sociedade

Promover o conhecimento a partir da autonomia e empoderamento dos sujeitos requer o estabelecimento de vínculo, fator primordial à aquisição do conhecimento. Para Chauí (2000), o mundo é um tecido de laços e vínculos secretos que precisam ser decifrados, pois o mundo é constituído por vínculos e ligações secretas (a simpatia) entre as coisas. O vínculo entre ciência e aplicação prática dos conhecimentos fez surgirem objetos que não só facilitaram a vida humana, mas aumentaram a esperança de vida.

Neste sentido, o conhecimento autônomo adquirido a partir do empoderamento dos sujeitos torna-se uma ferramenta poderosa para promover o trabalho em saúde considerando a dimensão subjetiva do cuidado em saúde.

A dimensão subjetiva do trabalho em saúde reorienta a mudança do modelo de assistência à saúde. Para Pires e Lacerda (2016), busca-se romper o modelo assistencial centrado no médico e no hospital para um modelo de trabalho com foco de atuação centrado no usuário. Desta forma, faz-se necessário repensar os processos de trabalho em saúde.

Amaral *et al.* (2021) tratam do marco teórico do processo de trabalho em saúde. Segundo os autores, este marco deu-se a partir das incursões sobre o tema de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, ainda no contexto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Mendes-Gonçalves fundamentou-se na teoria marxista para retratar os elementos componentes do processo de trabalho.

O objeto (que nem sempre é a saúde, devido ao conjunto de variações que o cerca); o instrumento (podem ser materiais, como equipamentos e insumos e não materiais, como os saberes que se articulam); a finalidade (a intencionalidade do trabalho) e os agentes (sujeito que imprime a ação) (Mendes-Gonçalves, 1986).

O processo de trabalho em saúde se “configura como uma organização sistemática de diferentes atividades e atores, fomentada pela tomada de decisões que visa garantir o sucesso das ações e intervenções necessárias e prioritárias nos serviços de saúde” (Figueredo *et al.*, 2022). Neste sentido, o objeto do processo de trabalho não é meramente biológico, mas uma construção social e política.

Merhy e Franco (2003) discutem o efeito de um processo de trabalho em saúde que é centrado no trabalho vivo. Segundo o autor, o trabalho em saúde pode ser vivo ou morto. O trabalho vivo está associado à valorização do conhecimento múltiplo e à autonomia dos sujeitos. Já o trabalho morto é aquele instrumental, burocrático, imposto e domesticado.

Merhy ao afirmar que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, mostra que este não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se afirma em tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer esta produção (Neves, 2008).

Farias *et al.* (2018) destacam que o trabalho interprofissional deve romper a lógica tradicional de assistência à saúde para que o cuidado seja baseado na família e no contexto social.

Pires e Lacerda (2016) referem-se ao trabalho em equipe como uma relação de interação entre os trabalhadores que trocam conhecimentos e se articulam para a produção de saúde da comunidade, relacionando e interagindo dimensões complementares de trabalho, superando a simples superposição de profissionais em um mesmo espaço ou serviço de saúde.

Contudo, “um dos aspectos que mais tem chamado a atenção, quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe” (Brasil, 2010, p. 8). Diante disso, há a necessidade de mudança deste cenário.

Neste contexto, a promoção de ações de educação na saúde, especialmente ações de educação permanente, mostra-se como um instrumento capaz de qualificar a produção em saúde. “O movimento da educação permanente é de suma importância nas práticas de saúde, a fim de suscitar no âmbito da micropolítica o encontro de caminhos para resolver situações-problema e promover reconfigurações do trabalho em saúde” (Amaral *et al.*, 2021).

Além disso, a educação permanente em saúde (EPS) abre espaço para reflexões e trocas de saberes. “Todos aprendem pela experiência, então é preciso que o façam coletivamente, o que enriquece muito a possibilidade de interrogar, de colocar o trabalho produzido e seus efeitos em análise” (Mehry *et al.*, 2019, p. 80). “A reflexão sobre a prática, orientada para a problematização da realidade, pode favorecer a articulação e integração das ações de saúde e uma melhor resposta aos problemas de organização dos serviços de saúde” (Escalda; Parreira, 2018, p. 1718).

Neste contexto, as ações de educação permanente mostram-se como um instrumento capaz de promover a organização, a qualificação, a autonomia e o empoderamento dos atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

O termo ensino e aprendizagem valoriza a interdependência entre os processos de ensinar e de aprender. Contudo,

na formação de profissionais de saúde e, conseqüentemente, nas práticas educativas reproduzidas por eles, há um forte histórico de metodologias tradicionais com influência do modelo de saúde e de formação biomédica e hospitalocêntrica, com o currículo flexneriano, que separa ciclo básico de ensino e de clínica, teoria e prática (Pereira *et al.*, 2021, p. 12).

Desta forma, é necessário superar a metodologia tradicional e as ações de EPS precisam partir do pressuposto da aprendizagem com significados, promovendo e produzindo sentidos para todos os seus protagonistas. Nessa perspectiva, “a EPS capaz de transformar as práticas profissionais deve ser produzida com base na reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais dos serviços de saúde” (Pires; Lacerda, 2016, p. 49).

Neste contexto, as ações de EPS devem ter uma concepção de aprendizagem significativa a partir das teorias e do desenvolvimento de metodologias ativas. Essas metodologias colocam o “aprendiz” no centro do processo de aprendizagem tornando-o protagonista do saber.

Para Pereira *et al.* (2021), na metodologia significativa, o conteúdo deve fazer sentido na estrutura cognitiva do aluno. O aprendiz não é um receptor passivo, ele constrói e produz seu conhecimento. Já as metodologias ativas se referem à atividade enquanto promotora de experiência, resultando, então, na aprendizagem. Desta forma, as metodologias ativas de ensino e a teoria da aprendizagem significativa são convergentes, pois ambas deslocam o protagonismo da aprendizagem ao estudante, valorizando e propiciando a aprendizagem significativa, duradoura, crítica e reflexiva.

Na concepção de aprendizagem significativa, destacam-se as teorias de educação de base freiriana que seguem a lógica dialética, emancipadora, criativa e participativa. Estas se desenvolvem a partir do desenvolvimento da consciência crítica pela busca da autonomia dos sujeitos e da transformação social.

Paulo Freire (1996) destaca que o processo de libertação e a autonomia dos sujeitos se dão através da união entre a prática e a teoria a partir da reflexão sobre nossas ações individuais e sobre as ações sociais. Para Franco (2015), a liberdade no trabalho em saúde é a possibilidade de um Trabalho Criativo, que conta, como força propulsora, com a vontade, e esse trabalho se realiza a partir da ideia que cada um tem do que é cuidado, ressignificando seu mundo do trabalho e cuidado.

É no contexto dos ressignificados construídos a partir das ações de educação permanente emancipadora que as equipes de ESF devem ofertar ações e serviços aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica.

4.1 PROCESSO DE TRABALHO E SEUS COMPONENTES

Para entender o processo de trabalho em saúde e para enriquecer esta investigação, as teorias marxistas - alicerce do pensamento sociológico clássico - continuam vigorosas, servindo como um paradigma primeiro e fundamental sobre o trabalho.

Na perspectiva marxista, este é entendido como um processo consciente em que o ser humano se apropria da natureza para transformar seus materiais em elementos úteis para sua existência. Marx (1987) argumenta que durante o processo de trabalho ocorre uma interação entre o ser humano e a natureza; e o próprio ser humano, por meio de sua ação, impulsiona, regula e controla esse intercâmbio material com a natureza.

Ainda em Marx, o trabalho diz respeito unicamente ao homem, onde o trabalho humano diferencia-se do trabalho animal pela sua intencionalidade e capacidade criativa. Para ilustrar esse ponto, o sociólogo emprega a metáfora da aranha e da abelha na construção instintiva e natural de uma teia e de uma colmeia, respectivamente, contrastando com o trabalho humano, e conclui que ao final do processo de trabalho humano:

[...] chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente. Isso não significa que ele se limite a uma alteração da forma do elemento natural; ele realiza neste último, ao mesmo tempo, seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, o tipo e o modo de sua atividade e ao qual ele tem de subordinar sua vontade (Marx, 2013, p. 327).

Neste sentido, o conceito de trabalho é permeado pela ideia de transformação. A atividade humana, auxiliada pelos meios de trabalho, realiza uma transformação do objeto do trabalho de acordo com um propósito/intencionalidade predefinido desde o início. “No processo de trabalho, portanto, a atividade do homem, com ajuda dos meios de trabalho, opera uma transformação do objeto do trabalho segundo uma finalidade concebida desde o início” (Marx, 2013, p. 330).

Marx (2013) traz os momentos simples – ou componentes - do processo de trabalho: primeiro, a atividade orientada a um fim, ou o trabalho propriamente dito; em segundo lugar, seu objeto e, em terceiro, seus meios, todos detalhados a seguir.

A atividade orientada a um fim é o aspecto central do processo de trabalho, envolve a ação intencional do ser humano, direcionada para um objetivo específico. É o momento em que o trabalhador coloca sua força de trabalho em ação para transformar a matéria-prima em um produto final. O objeto do trabalho é o material sobre o qual o trabalho é realizado. Este é moldado e transformado pela atividade laboral do trabalhador. Já os meios de trabalho são os instrumentos de trabalho, os elementos fundamentais no processo de produção. Eles representam as ferramentas e meios através dos quais os seres humanos atuam sobre a natureza para transformá-la e produzir bens e serviços.

Distanciando-se da base teórica marxista, Antonio Negri, Maurizio Lazzarato e André Gorz (Santos, 2012, p. 136) trazem importante contribuição, concebendo o trabalho em duas formas distintas: trabalho material e trabalho imaterial. O trabalho

material, no contexto da sociedade capitalista, refere-se à produção de bens tangíveis e físicos. Nesse sistema, os trabalhadores vendem sua força de trabalho aos proprietários dos meios de produção, como fábricas e máquinas, em troca de um salário. O trabalho imaterial, por outro lado, diz respeito à produção de serviços, conhecimentos, informações e atividades intangíveis. No trabalho imaterial, não ocorre a exploração do trabalho pelo capital nem a completa subordinação do trabalhador. O cerne do trabalho imaterial são o conhecimento e a informação (Amorim, 2014; Santos, 2012, p. 138).

4.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

É no contexto do trabalho imaterial que emerge o trabalho em saúde, haja vista que este se consolida como um processo para além de uma ação interventiva sobre um objeto. Pois trata-se de uma prática reiterativa que envolve a subjetividade dos diversos atores envolvidos neste processo.

Esta concepção originou-se do marco teórico do processo de trabalho em saúde, iniciado durante a reforma sanitária brasileira, quando Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1986) começou a explorar os estudos nesse campo. Com base na teoria marxista – mas avançando para a especificidade da saúde - o autor descreveu os elementos constituintes do processo de trabalho. Tal como em Marx, cita a finalidade, o objeto e o instrumento. E acrescenta um quarto componente, os agentes.

A intencionalidade, o primeiro componente do processo de trabalho em saúde, se refere ao propósito do trabalhador que busca responder a alguma necessidade ou expectativa humana relacionada ao campo da saúde e, assim como em Marx, possui um caráter consciente e deliberado, ou seja, “segundo uma finalidade concebida desde o início” (Marx, 2013, p. 330).

O objeto como o segundo componente, também como em Marx, representa o que vai ser transformado, aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador: “aquilo” que sofre o processo de transformação efetivado pelo trabalho. Entretanto, no trabalho em saúde, o que vai ser transformado - objeto - nem sempre é a saúde do ponto de vista biológico, porque, pela variedade de contextos que a envolvem, ela vai além do biológico, tornando-se uma construção social e política. Além disso, a saúde não é uma entidade material ou abstrata, mas uma qualidade de um ser humano. Sendo assim, no trabalho em saúde, o “objeto” – ao contrário de “aquilo” de Marx - é o

indivíduo com sua saúde, ou seja, “aquele” usuário que, para além da dimensão biológica, assume as dimensões familiar, comunitária e social como determinantes de seu estado de saúde

O instrumento - o terceiro componente - é o conjunto de meios utilizados pelo trabalhador para intervir sobre o - agora denominado, para fins desse projeto - objeto/indivíduo. Mendes-Gonçalves (1986), considerando essa definição básica, mas ampliando-a para o processo de trabalho em saúde, classifica em instrumentos materiais (equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, etc.) e não-materiais (saberes ou conhecimentos técnicos). Já Merhy e Franco (2003) classificam os instrumentos em “tecnologias duras” – correspondendo aos instrumentos materiais de Mendes-Gonçalves (1986) - “tecnologias leve-duras” - correspondendo aos instrumentos não materiais – e “tecnologias leves” – ou das relações interpessoais.

Importante ressaltar, por um lado, que, para Merhy e Franco (2003), o “trabalho morto” é aquele baseado nos instrumentos materiais, e “trabalho vivo” baseado nas relações interpessoais. E por outro complementar que, para fins desse projeto, considera-se que tanto as tecnologias leve-duras quanto as tecnologias leves serão classificadas como instrumentos não materiais, aproximando-se do conceito de “trabalho imaterial de Antonio Negri, Maurizio Lazzarato e André Gorz” (Santos, 2012, p. 136) – o qual inclui, entre outros, as “atividades intangíveis” produzidas no contexto do trabalho em saúde.

Já o quarto componente - os agentes - através de sua presença, ação e subjetividade, tornam possível o processo de trabalho em saúde. Nota-se que o agente do processo de trabalho – ou trabalhador – através de sua intencionalidade, utiliza os instrumentos – materiais e não materiais – para transformar o objeto/indivíduo, podendo realizar, nesse processo de transformação, tanto o “trabalho morto” quanto o “trabalho vivo”.

O processo de trabalho em saúde, portanto, se “configura como uma organização sistemática de diferentes atividades e atores, fomentada pela tomada de decisões que visa garantir o sucesso das ações e intervenções necessárias e prioritárias nos serviços de saúde” (Figueredo *et al.*, 2022). Para Mendes-Gonçalves (2017) este desenvolve-se de acordo com as demandas sociais e como modo de produzir e direcionar conhecimento no cotidiano das organizações.

“Como Trabalho imaterial, sua ferramenta de trabalho e sua matéria prima são a própria vida e tudo o que pertence ao sentir” (Sodré; Rocon, 2023). Merhy e Franco (2003) destaca que este é pautado na subjetividade, repleta de sentido, envolve e entrelaça as relações dos diversos sujeitos envolvidos - dos sujeitos trabalhadores entre si e com os usuários - e ocorre necessariamente no campo da dimensão produtiva relacional.

Nesse ambiente “intercessor” e relacional - onde emerge o cuidado em saúde - há que se considerar as relações hierárquicas, as responsabilidades e as diversas competências para o trabalho em equipe. “Relações que exercem influências no processo de trabalho e exigem o reconhecimento da negociação, dos conflitos e do encontro com o outro” (Merhy, 1999).

A dimensão do trabalho em equipe é trazida também por Casanova, Batista, e Moreno (2018). Para esses autores, o trabalho em saúde e as ações voltadas para os usuários vão além das ações individualizadas de cada profissão. Cada profissional, sem renunciar à sua especificidade, e potencializando suas próprias competências, pode e deve atuar de maneira colaborativa, garantindo, assim, o acesso a uma assistência à saúde de qualidade para a população. Nesse sentido, é fundamental criar espaços institucionais onde os profissionais podem desenvolver essas competências do trabalho interprofissional em saúde, que são: comunicação, trabalho em equipe, interação e esclarecimentos de papéis, prática colaborativa, resolução de conflitos interprofissionais e atenção centrada no paciente/cliente/família/comunidade (Amaral, 2019 *apud* Nuin; Francisco, 2019). É necessário superar a individualidade em prol de um universo interdisciplinar, valorizando as competências individuais de cada ator envolvido, onde o trabalho em equipe é pautado na integração e cooperação entre diferentes profissionais e áreas de conhecimento.

4.3 ATEORIA DO TRABALHO VIVO EM ATO

Nos aspectos subjetivos e das interações profissionais que ocorrem no processo de trabalho em saúde, vale ressaltar dois conceitos importantes cunhados por Merhy e Franco (2003): “trabalho vivo”, aquele que se dá em ato, ou seja, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado; e o “trabalho morto”, aquele instrumental, burocrático, imposto e domesticado, que se refere a todos os produtos, meios, ferramentas e matérias-

primas que são resultados de um trabalho humano anterior, ou seja, protocolos e procedimentos que já foram estabelecidos anteriormente, que não são questionados e não se alteram no momento do cuidado.

O conceito de trabalho vivo remete à ideia de trabalho imaterial, aquele que transcende o aspecto biológico, onde conhecimento e informação são os elementos principais e desempenham um papel fundamental na construção do processo de trabalho. Nesse contexto, o trabalho vivo em saúde é “Imaterial e produtor de valor em ato, na medida em que os modos de trabalhar e cuidar emergem no “entre”, na relação trabalhador e usuário, não sendo, portanto, apriorísticos” (Sodré; Rocon, 2023).

Merhy e Franco (2003), ao discutir o efeito de um processo de trabalho em saúde que é centrado no trabalho vivo, referem-se a este estar associado à valorização do conhecimento múltiplo e à autonomia dos sujeitos, onde o trabalho vivo não pode ser inteiramente capturado pela lógica do trabalho morto. Isso porque o trabalho vivo se baseia em tecnologias relacionais e nos encontros entre subjetividades, que possuem um grau significativo de liberdade nas escolhas sobre como realizar essa produção.

Ainda em Merhy e Franco (2003), produzir cuidado em saúde de maneira autônoma revela uma disputa de forças instituintes. De um lado, o profissional, com seus saberes e informações, atua como instituinte do processo de trabalho; de outro, o usuário busca exercer sua autonomia. Embora exista uma problemática e uma disputa de forças no encontro dos sujeitos, criam-se espaços de relações e interseções entre usuários e trabalhadores. Nesse contexto, surgem possibilidades de mudanças e atos criativos, sobressaindo, assim, o trabalho vivo. O trabalho vivo em ato requer flexibilidade e criatividade dos profissionais, que precisam adaptar suas práticas às necessidades específicas de cada situação e de cada usuário.

Enfatizamos, aqui, a centralidade do trabalho humano e das relações interpessoais na produção do cuidado em saúde e a importância da subjetividade envolvida no processo de trabalho em saúde. Um modo de produzir saúde pautado em tecnologias relacionais, cujas ferramentas e competências primordiais são a comunicação e a interação humana, essenciais para estabelecer vínculos e construir um cuidado integral.

“O trabalho vivo é produtor de valor em ato, haja vista que valor do cuidado em saúde é gerado através das interações e da capacidade dos profissionais de

responderem às necessidades dos usuários, no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado” (Merhy; Franco, 2008).

Neste contexto, “é necessário instaurar atos relacionais capazes de dialogar com a diversidade de modos e sentidos que a vida tem para os diferentes viventes a cada momento, constituindo os processos de subjetivação” (Merhy *et al.*, 2019).

Esses processos, segundo Merhy *et al.* (2019), são determinados por diversas forças-valores que se instauram nos atos relacionais e nos encontros - entre gestores e trabalhadores, entre trabalhadores, entre todos esses e os usuários – disputam espaços, competem entre si, conformam modos de estar no encontro, agenciando os processos de subjetivação. Onde uma força opera em um sentido, há sempre outra oferecendo resistência. Além disso, nestes campos de forças das subjetividades, geralmente existem várias forças em tensão - não apenas pares contraditórios – que estão em contínuo movimento, são transitórias e passíveis de mudança.

Os autores destacam cinco forças-valores centrais: a força-valor trabalho, a força-valor território, a força-valor governo de si e do outro, a força-valor clínica-cuidado e a força-valor trabalho em equipe.

A força-valor trabalho é um componente essencial no processo de cuidado em saúde. Segundo Merhy *et al.* (2019), o trabalho em saúde está tensionado pelas ‘necessidades sociais’, interferidas pela estrutura produtiva da sociedade e pelos desejos e demandas de seus usuários diretos. Além disso, nos serviços de saúde, a produção e o consumo ocorrem simultaneamente, com o produto variando de acordo com a interação entre trabalhadores e usuários. Esta relação é de interseção, onde ambas as partes se afetam e se modificam mutuamente. No campo das relações intercessoras, é fundamental o reconhecimento da legitimidade dos saberes, valores, desejos que movimentam tanto os diferentes tipos de trabalhadores de saúde quanto os usuários. Desta forma, a constituição da força-valor trabalho no cotidiano do serviço de saúde, pautada na construção de um trabalho coletivo e compartilhado, determina a gestão micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde

A força-valor território é aquela que “mobiliza reconhecer os modos de viver da multiplicidade de coletivos que habitam esses espaços” (Merhy *et al.*, 2019). A compreensão do território vivo permite que as intervenções sejam adaptadas às realidades geográficas, sociais, simbólicas e políticas da população.

Na força-valor governo de si e do outro, segundo Merhy *et al.* (2019), “todos governam: gestores, trabalhadores e usuários”. Os gestores por meio de políticas

institucionais, os trabalhadores na condução das práticas e nos encontros com os usuários e os usuários através do autogoverno incorporando ou não as prescrições terapêuticas estabelecidas. Enfatizamos, aqui, a autonomia e a responsabilidade dos profissionais e usuários no processo de cuidado. Profissionais de saúde devem possuir governança sobre suas ações e práticas e, ao mesmo tempo, influenciar os usuários para que eles se corresponsabilizem pela própria saúde.

A força-valor clínica-cuidado abrange a dimensão técnica e relacional do cuidado, incluindo o diagnóstico, o tratamento, o acompanhamento e a construção compartilhada do cuidado.

Esta “constitui-se a partir da experimentação da vida, sendo fundamental ampliar escuta e promover o encontro com a singularidade da vivência/existência dos usuários, tornando-os protagonistas na produção de sua existência e como legítimos seus modos de sentir e enfrentar sofrimentos, problemas e dificuldades” (Merhy *et al.*, 2019).

Por fim, a força-valor trabalho em equipe refere-se à colaboração e integração entre diferentes profissionais de saúde para alcançar um cuidado integral e de qualidade. “A abordagem multidisciplinar e interdisciplinar vem do reconhecimento de que todos governam e, portanto, toda a construção da dinâmica do trabalho em saúde precisa ser feita de modo compartilhado” (Merhy *et al.*, 2019).

4.4 PROCESSO DE TRABALHO NA APS

O processo de trabalho na APS envolve uma abordagem abrangente e integrada para fornecer cuidados de saúde essenciais e contínuos à população. É neste contexto que a APS deve ofertar ações e serviços de saúde primários à população adscrita, sendo responsável pela integração e coordenação do cuidado a partir das necessidades de saúde desta população. Na atuação das equipes de Atenção Básica destacam-se os seis atributos da APS, propostos por Barbara Starfield (2002): acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar/comunitária e competência cultural.

“O primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde” (Starfield, 2002, p. 61). Este deve garantir o acesso na APS de forma oportuna

e equilibrada no que tange à demanda e ao volume de usuários com a oferta de serviços.

A longitudinalidade, para Starfield (2002), é princípio que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de doença. Desta forma, as equipes devem ser capazes de identificar os usuários do território e estabelecer vínculo com estes, promovendo fortes laços interpessoais favorecendo a cooperação mútua.

A integralidade é definida pela Política Nacional de Atenção Básica como conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendem às necessidades da população adscrita com responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde. Neste contexto, “as equipes devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde” (Starfield, 2002, p. 62).

A coordenação, o quarto componente da APS, é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Significa reconhecer as necessidades de saúde existentes, conhecer os recursos que o sistema de saúde oferece e compatibilizar necessidades com oferta. Sem ela, “a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa” (Starfield, 2002, p. 364).

Já os atributos derivativos caracterizados pela orientação familiar/ comunitária e competência cultural remetem à ideia de território vivo, onde o espaço geográfico permeado pela ação humana materializa a vida dos sujeitos. Estes atributos permitem aos trabalhadores o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto social, econômico e cultural, na perspectiva da saúde coletiva. “O território passa a ser visto como um processo relacional entre as famílias, seus modos de vida e suas condições sociais, sendo, ao mesmo tempo, condicionada e condicionante do processo de saúde-doença” (Jacques; Leal, 2017). Esta visão de territorialização permite ainda, segundo Campos e Domitti (2007), o estabelecimento de vínculos mais humanos e eficazes entre profissionais e usuários, além de criar espaço onde uma integração interdisciplinar é possível, ainda que não automática ou de simples execução.

Considerando que o processo de trabalho na APS é exercido por trabalhadores/sujeitos, a concretização de todos os atributos da APS – e não só da

coordenação e integralidade como se referem Gleriano *et al.* (2021) – passa, necessariamente, pela qualificação dos recursos humanos.

Pensando na micropolítica do trabalho na APS, no qual se constrói cotidianamente no serviço, existem inúmeros enfrentados que demarcam a organização do processo de trabalho.

Amaral *et al.* (2021) destacam alguns nós críticos, todos condicionados, dentre outros, pela qualificação dos recursos humanos, a ambiência, a comunicação, a educação permanente, o planejamento e a identidade profissional. As autoras evidenciam que eles se tecem de forma dinâmica e transversal e se articulam de maneira indissociável e interdependente, exigindo uma permanente reconfiguração de suas práxis.

A ambiência, ou o ambiente – incluindo o relacional - é onde se dá o cuidado, e este influencia significativamente a experiência dos usuários e profissionais. A comunicação é essencial para a efetividade do trabalho em saúde, facilitando a troca de informações e a construção de relações de confiança. A educação permanente é essencial para o desenvolvimento contínuo das habilidades e conhecimentos dos profissionais de saúde. O planejamento é fundamental para organizar e otimizar os processos de trabalho, garantindo a qualidade e eficiência dos serviços. Por fim, a identidade dos profissionais e das organizações de saúde é fundamental para fortalecer o compromisso e a coesão na busca por um cuidado integral e humanizado.

4.5 PROCESSO DE TRABALHO PARA A HAS

Frente a esses inúmeros desafios, faz-se necessário compreender o fenômeno da assistência à saúde oferecida na APS aos usuários com hipertensão arterial sistêmica a partir do processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de APS.

“A hipertensão arterial sistêmica permanece sendo um dos principais determinantes de morbidade e mortalidade no país e no mundo. É tida como a principal causa de doenças cardiovasculares e de morte prematura” (Julião; Souza; Guimarães, 2021, p. 4008). No Brasil, “são mais de 38 milhões de brasileiros, com 18 anos ou mais, diagnosticados com a doença, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde em 2019” (Stopa *et al.*, 2020)

O Ministério da Saúde estabeleceu que as equipes de APS devem executar ações e serviços voltados para o enfrentamento da HAS. Para tal, foi estabelecida a

Linha de Cuidado da HAS que tem como foco “padronizar o cuidado, fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essa doença” (Brasil, 2014a).

Este documento prevê que as equipes de APS devem ter como objetivo inicial buscar o diagnóstico precoce por meio de ações de rastreamento. Após o diagnóstico, é necessária a estratificação de risco, conforme o risco cardiovascular - baixo, moderado, alto e muito alto - que orientará o tratamento. Para os casos diagnosticados, o tratamento deve incluir intervenções não medicamentosas, que promovem mudanças no estilo de vida por meio de ações de promoção da saúde, e/ou tratamento medicamentoso conforme a classificação de risco e os níveis de pressão arterial. As equipes devem monitorar e acompanhar todos os usuários regularmente através das visitas domiciliares - pelos ACS's - e das consultas individuais periódicas - com médicos e enfermeiros - promover o autocuidado, incentivando a corresponsabilização e autonomia do usuário. É necessário, ainda, realizar encaminhamentos adequados para especialidades, quando necessário, e garantir o retorno das informações para a equipe de APS.

Abordando o primeiro componente do processo de trabalho - a finalidade ou intencionalidade - o trabalhador deve buscar para todos os usuários: promover a saúde, autocuidado, corresponsabilização e autonomia; prevenir complicações; garantir diagnóstico precoce; oferecer tratamento eficaz - medicamentoso e não medicamentoso; monitorar com regularidade; encaminhar a níveis secundário e terciário, se necessário; alimentar os sistemas de informação. Esta intencionalidade é impulsionada pela motivação do trabalhador, influenciada pela força-valor governo de si.

No segundo componente - o objeto/indivíduo - está o usuário portador de hipertensão arterial o qual, para além da dimensão biológica, possui também as dimensões familiar, comunitária e social como determinantes de seu estado de saúde e de comportamentos diante da doença. Este usuário deve ser conhecido em todas essas dimensões, de forma a viabilizar o alcance das finalidades delineadas

No terceiro componente, estão os instrumentos materiais e não materiais utilizados pelo trabalhador para modificar o objeto/indivíduo. Dentre os materiais, estão os equipamentos, material de consumo, instalações, medicamentos, exames. Dentre os não materiais, incluem-se tanto os conhecimentos técnicos (saberes estruturados, protocolos, linhas de cuidado) quanto algumas “atividades intangíveis”, tais como as relações interpessoais (ou tecnologias leves).

Na perspectiva de Merhy e Franco (2003), o uso prioritário da dimensão “saberes estruturados” dos instrumentos imateriais – por exemplo os protocolos - e o uso burocratizado dos instrumentos materiais – por exemplo, medicamentos, exames - irão caracterizar o Trabalho Morto no “cuidado” aos hipertensos.

E o uso prioritário das relações interpessoais – ou seja, tecnologias leves – que permite um conhecimento mais abrangente das necessidades de saúde desses usuários, irá caracterizar o Trabalho Vivo.

O quarto componente é o agente ou trabalhador, responsável por promover o cuidado aos usuários hipertensos. No ato de cuidar, o agente expressa seus modos de sentir e entender – total ou parcialmente - as necessidades de saúde do usuário portador de hipertensão arterial. A partir desse modo de sentir e entender – total ou parcial -, de suas motivações para o trabalho - moldadas por processos interpessoais, sociais e históricos - e de suas habilidades e conhecimentos técnicos e relacionais – adquiridos em sua formação ou aprendidos por Educação Permanente - o trabalhador contribuirá para proporcionar um cuidado integrado - em maior ou menor grau. Através do Trabalho Vivo, no primeiro caso, ou do Trabalho Morto, no segundo.

Importante ressaltar que o Trabalho Vivo realizado pelo agente, baseado nas relações interpessoais, é um processo de trabalho mais criativo, com maiores graus de liberdade, autonomia e eficácia. Neste modo de trabalho, o usuário, “descoberto em sua singularidade”, através da relação interpessoal, permite que o trabalhador identifique, no conjunto de saberes estruturados, os melhores recursos a serem utilizados para as necessidades daquele usuário.

5 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada nos pressupostos da pesquisa-ação, a qual, segundo Thiollent (1986), Garcia; Madruga (2023), está associada à resolução de um problema prático e a interação cooperativa e participativa entre pesquisadores e participantes da pesquisa.

O problema prático objeto do presente estudo foi identificado na Estimativa Rápida Participativa, realizada previamente, que mostrou: a) dificuldades nas equipes de ESF quanto ao processo de trabalho - foco nos conhecimentos empíricos; pouca base teórica; dificuldades de comunicação entre os profissionais e b) hipertensão arterial sistêmica como a causa mais importante de adoecimento na população. E após revisão da literatura, formulou-se a hipótese de que a pesquisa-ação e práticas pedagógicas emancipadoras poderiam favorecer a reorganização do processo de trabalho das equipes de ESF e melhorar o enfrentamento à hipertensão arterial no município.

Este estudo teve como objetivos, portanto, favorecer a reorganização do processo de trabalho das equipes de ESF do município de Vale das Flores/MG, com foco no cuidado aos usuários portadores de hipertensão arterial, especificamente identificando, por um lado, o tipo de conhecimento utilizado e respectivas lacunas, e por outro, os fatores que interferem no processo de trabalho.

Ainda, segundo Thiollent (1986), a pesquisa-ação possui 3 categorias de objetivos, todos alcançados pelo presente estudo: a) produção de conhecimento – sobre os fatores que interferem no processo de trabalho e sobre o conhecimento utilizado no cuidado aos portadores de hipertensão arterial; b) ação - através do apontamento para a reorganização do processo de trabalho e c) tomada de consciência por parte dos envolvidos, assistência aos usuários com hipertensão arterial.

O campo de pesquisa, recorte que o pesquisador faz em termos de espaço – conceituados por Minayo (2014), Thiollent (1986), Corrêa, Campos e Almagro (2018) - foi a Unidade Básica Jardim de Vale das Flores; o campo de observação - a realidade social, com as estruturas de significado dos atores sociais que vivem, agem e pensam dentro dessa realidade - o processo de trabalho das equipes de ESF; e o campo de observação empírico - o objeto no qual se aplica o tema da pesquisa - a

oferta do cuidado aos portadores de hipertensão arterial sistêmica pelas equipes de ESF.

Das equipes de ESF, na UBS citada, fazem parte: 3 médicos, 3 enfermeiros, 3 técnicos em enfermagem, 13 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 1 gerente da Atenção Primária à Saúde. Há ainda a pesquisadora, também enfermeira da UBS, que desempenha 2 funções: é responsável técnico pelo serviço de enfermagem e, por possuir perfil resolutivo e gerencial, em um acordo informal com a gestão municipal, exerce atividades administrativas e gerenciais na Secretaria Municipal de Saúde

Como critério de inclusão, estabeleceu-se pertencer às equipes de ESF ou ser gerente da APS do município de Vale das Flores; e como critério de exclusão, estar de férias ou licença de qualquer natureza, nos dias de realização da apresentação Inicial, Grupo Focal ou Oficina.

Todos os membros das equipes e o gerente da Atenção Primária à Saúde, em um total de 23 profissionais, foram convidados para uma reunião de apresentação do projeto. O convite foi realizado através do grupo de *whatsapp*, do qual todos os interessados participam. O convite foi realizado pelo gerente da Atenção Primária que já havia sido esclarecido e convidado, pela pesquisadora, para participar da pesquisa e contribuir para o convite dos demais participantes.

Esta apresentação ocorreu na sala de reuniões da Unidade Básica de Saúde já referida. Nessa reunião, foram informados sobre os objetivos, métodos e possíveis contribuições da pesquisa e, após sanadas as dúvidas existentes, foram convidados a participar, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Neste momento, foi enfatizado que a participação seria voluntária e que todos estariam livres para participar ou não, mesmo com a participação já iniciada. Além disso, considerando a proposta deste estudo, numa perspectiva dialógica, foram discutidas e acordadas as datas para realização dos Grupos Focais e Oficina.

Nessa reunião inicial, compareceram 21 profissionais. Faltaram 1 médico e 1 enfermeira – por estarem em atividades assistenciais no momento - e 2 ACS – 1 de férias e 1 de atestado médico. O médico e a enfermeira receberam as explicações de forma individual, posteriormente, e os 2 ACS foram excluídos. O TCLE foi entregue a cada um para leitura, análise e esclarecimento de novas dúvidas pelo pesquisador, caso necessário. E os profissionais foram orientados a, caso tivessem interesse em participar, entregar o TCLE, posteriormente.

Todos os 11 Agentes Comunitários de Saúde, os 3 médicos, os 3 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem e o gerente da APS entregaram o TCLE assinado – em um total de 20 profissionais. 1 dos técnicos de enfermagem recusou-se a participar.

Este estudo, como pesquisa-ação, percorreu um caminho metodológico que incluiu um ponto de partida – a fase exploratória - e um ponto de chegada – a divulgação dos resultados. Contudo, sua estrutura flexível, conceituada por Thiollent (1986), possibilitou a inserção de caminhos metodológicos complementares permitindo a triangulação de olhares e obtenção de informações mais completas sobre a realidade. Para tal, foram utilizados também o Grupo Focal (apoiado na Observação Participante e no Diário de Campo) e a Oficina, conforme descrito por Powell e Single (1996 *apud* Gatti, 2005), Morgam (1997 *apud* Gondim, 2003), Gatti (2005), Garcia; Madruga (2023).

Foram realizados 2 Grupos Focais e 1 Oficina, todos com duração média de 90 minutos. Para o Grupo Focal I foram convidados 13 profissionais – todos ACS's - e para o Grupo Focal II foram convidados 10 – médicos, enfermeiros e gerente da APS - tendo em vista o número máximo de participantes preconizado por Minayo (2014), Gatti (2005) e Trad (2009).

Os grupos foram organizados de acordo com as categorias profissionais – ACS's e profissionais de nível superior e técnico - com o intuito de proporcionar aos participantes um ambiente mais propício para refletir e discutir, de forma aberta e detalhada, os determinantes específicos de seu processo de trabalho. Ao separar os grupos por função, garantiu-se maior liberdade e autonomia, incentivando uma participação ativa e honesta, onde os profissionais puderam abordar com profundidade os desafios e as particularidades de suas atividades cotidianas, sem a preocupação de influências hierárquicas.

Compareceram ao Grupo Focal I, 10 ACS. Ao Grupo Focal II, compareceram 7 participantes: os 3 médicos, os 3 enfermeiros e o gerente da APS. Faltaram aos grupos, 3 ACS (Grupo I) e os 3 técnicos de enfermagem (Grupo II), um por estar de férias e os outros por estarem de atestado médico. Dentre os 17 participantes dos Grupos Focais, 14 participaram da Oficina, posteriormente, faltaram o gerente da APS (por estar de atestado médico), 1 ACS (por estar de férias) e 1 médico (por não ter comparecido ao trabalho na data). No processo de coleta de dados foi observado, de acordo com Gil (2008), a subjetividade e a reflexão dos envolvidos.

Para nortear a condução dos Grupos Focais, foi construído e utilizado um roteiro que serviu como um esquema norteador, contendo questões que coordenaram os objetivos e as discussões, a partir das interações grupais e da experiência pessoal dos participantes.

Nos 3 encontros (Grupos Focais e Oficina), estavam presentes os 3 membros da equipe de pesquisa: a pesquisadora e dois outros profissionais escolhidos estrategicamente - pela capacidade de observação e pelo bom relacionamento com os membros das equipes - dividindo e desempenhando as funções propostas por Gatti (2005), Cruz Neto, Moreira e Sucena (2002): de mediador (a pesquisadora), observador (profissional I), relator e operador de gravações (profissional II). Importante ressaltar que a função de observação foi compartilhada por todos os membros da equipe de pesquisa, com alguns dos registros escritos realizados posteriormente aos respectivos Grupos Focais e Oficina, no Diário de Campo. Além disso, um gravador de áudio foi utilizado único e exclusivamente para gravação dos Grupos Focais e Oficinas, que, segundo Gatti (2005), é o meio mais utilizado. Para evitar problemas e atrasos nos Grupos Focais, o gravador foi previamente testado e após cada encontro, os áudios foram transferidos para uma pasta específica no computador da pesquisadora.

Na véspera de cada encontro, previamente agendado, a pesquisadora escreveu mensagem no grupo de *whatsapp*, do qual todos os profissionais convidados participam, para lembrete. Todos os encontros tiveram duração aproximada de 90 minutos, e aconteceram na estrutura física do Polo da Academia da Saúde, localizada no mesmo complexo da UBS já citada. Trata-se de uma sala ampla, fechada, com cortinas que impedem a visão do interior, mesa e cadeiras e ar-condicionado. As cadeiras foram colocadas em círculo, no entorno da mesa, para facilitar a observação da linguagem não verbal e as discussões. Tal estrutura proporcionou privacidade e conforto aos participantes.

A pesquisadora iniciou cada encontro explicando sobre sua própria imparcialidade como pesquisadora, responsabilidade com o sigilo e possíveis contribuições. Numa tentativa de manter o Grupo focalizado, buscou assumir a posição de moderadora, conforme recomendado por Gatti (2005), Cruz Neto, Moreira e Sucena (2002), encorajando os depoimentos, a partir do roteiro previamente elaborado, fazendo sínteses, retomando o foco da discussão, assegurando espaço

para que todas os participantes se expressassem e, especialmente, não induzindo as falas dos participantes.

Todos os registros da observação participante foram anotados no diário de campo pela equipe de pesquisa. Conforme recomendam Proença (2007), Valladares (2007), Minayo (2014), Kroef, Gavillon e Ramm (2020), as impressões pessoais, as conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas e gestos, ou seja, toda a linguagem não verbal - tanto dos participantes quanto da pesquisadora - foi registrada no diário de campo.

Após a realização dos Grupos Focais, o material de áudio foi preparado para ser utilizado na Oficina. Todos os áudios foram ouvidos atentamente, algumas vezes e, através de escuta intuitiva e aberta, utilizando uma tempestade de ideias, foram detectados, dentre as falas dos participantes, os trechos mais significativos, denominados “unidades de contexto provisórias”. Essas “unidades de contexto provisórias” foram distribuídas em oito categorias, escolhidas, a priori, a partir do roteiro utilizado nos Grupos Focais, cinco das quais relacionadas ao processo de trabalho - relações interpessoais; relações de poder; processo de tomada de decisão; motivação para o trabalho; organização do processo de trabalho para o cuidado ao usuário com hipertensão arterial – e três relacionadas ao portador de hipertensão arterial - abordagem ao usuário; fatores que dificultam; fatores que favorecem.

As categorias e respectivas “unidades de contexto provisórias” foram impressas, recortadas em formato de filipetas e coladas em um espelho da sala onde foi realizada posteriormente a Oficina.

Na condução da Oficina, a pesquisadora explicou inicialmente que aquelas frases ou palavras foram as mais representativas durante os Grupos Focais e que permaneceriam no espelho somente aquelas com as quais todos concordassem. Caso, após consenso, as equipes não concordassem com alguma(s) das frases/palavras, esta(s) seria(m) retirada(s) do espelho. Desta forma, não seria(m) validada(s) pelos participantes do estudo.

A pesquisadora revisou com os participantes todas as “unidades de contexto provisórias” de cada categoria e facilitou a discussão em grupo. E procedeu-se ao processo de validação de cada “unidade de contexto provisória” apresentada.

Finalizada a validação das “unidades de contexto provisórias”, a pesquisadora deu início a uma discussão reflexiva com os participantes, focada na identificação das principais necessidades de conhecimento que as equipes de saúde deveriam

desenvolver para enfrentar a hipertensão arterial – objetivo explícito da Oficina. Explicou, ainda, que os temas elencados pelas equipes seriam entregues à Secretaria Municipal de Saúde, e que esta lista poderia subsidiar uma política de educação permanente. Neste momento, a técnica utilizada foi a de *brainstorming*.

A técnica de *brainstorming* foi utilizada para incentivar a geração de ideias de forma aberta e colaborativa. Esse método permitiu que cada participante expressasse livremente suas percepções sobre as lacunas de conhecimento e as competências necessárias para melhorar o manejo da hipertensão. Conforme as ideias eram apresentadas, a pesquisadora as registrava e organizava em categorias. Em seguida, os participantes realizaram uma análise para identificar padrões ou temas recorrentes, confirmando as lacunas de conhecimento mais relevantes. Por fim, os participantes revisaram e concordaram com a importância das lacunas identificadas. Assim, as informações obtidas foram validadas pelos participantes. Essa abordagem colaborativa e dinâmica facilitou a construção de uma lista contextualizada de temas prioritários com as necessidades de educação permanente para as equipes.

Finalizados os Grupos Focais e a Oficina, a equipe de pesquisa reuniu-se para discutir e validar a Observação Participante e as anotações do Diário de Campo. A equipe entrou em consenso sobre as percepções e validou a linguagem não verbal detectada, de maneira dialógica e compartilhada.

Após finalizados os Grupos Focais, a Oficina e a validação da Observação Participante/Diário de Campo, foi realizada a Análise de Conteúdo do material produzido, conforme recomendações de Bardin (2016), nas seguintes etapas: a) pré-análise ou fase de organização, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados – a inferência e interpretação.

Na realização da primeira fase da Análise de Conteúdo, ou pré-análise, o material foi preparado através da escuta cuidadosa dos áudios dos grupos focais e da oficina pela pesquisadora, que realizou a transcrição das falas dos participantes. O material foi analisado a partir da escuta flutuante em busca de sistematizar as ideias preliminares e compor o *corpus* da pesquisa. Além de registrar as falas dos participantes, a pesquisadora buscou captar nuances como tropeços, frases interrompidas ou prolongadas, suspiros, exclamações e contrariedades. Para reforçar a confiabilidade das informações, os registros – linguagem não verbal - do diário de campo foram adicionados às unidades de contexto. Por fim, a pesquisadora explorou impressões, representações, emoções, conhecimentos e expectativas. O material foi

organizado e sistematizado em uma planilha do Excel, dividida em cinco colunas: categoria, subcategoria, unidade de contexto, linguagem não verbal e inferências iniciais. Para formulação dos indicadores, foi utilizada a regra da presença, considerando sempre o peso subjetivo desta “presença” na fala do participante.

A segunda fase, de exploração, teve como objetivo estabelecer as unidades de registro e unidades de contexto. Para tal, a pesquisadora aprofundou o estudo do *corpus* estabelecido na fase anterior. Cada mensagem foi minuciosamente analisada em busca de padrões e distinções entre elas. A partir dessa análise, as unidades de registro e unidades de contexto foram definidas. Em seguida, as mensagens foram analisadas em busca das unidades de significação, e os indicadores de presença foram aplicados para esse fim.

Na última fase, de tratamento dos resultados, os dados coletados foram processados de forma a torná-los significativos, agrupando as unidades de registro e as de contexto, definidas na fase anterior, em categorias e subcategorias.

As categorias - os 4 componentes do processo de trabalho em saúde, segundo Mendes-Gonçalves (1986) - foram definidas previamente, como no quadro 1. As subcategorias, a partir da análise do material produzido.

Para caracterizar cada uma delas, foram incluídas - além das falas dos participantes - as variáveis empíricas presentes nas entrelinhas das mensagens, assim como os vestígios de significado que permearam as falas, sugerindo dimensões, psicológicas, sociológicas, políticas, históricas, econômicas, entre outras. Esse processo conferiu maior profundidade às unidades de registro/categorias/subcategorias escolhidas.

Quadro 1 – Categorias

	Categorias
1	Finalidade
2	Objeto/Indivíduo
3	Instrumentos
	Materiais
	Não materiais
4	Agente

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Por fim, avançando na compreensão da realidade, no intuito de refutar ou ratificar os pressupostos do estudo, a pesquisadora estabeleceu um diálogo entre os resultados, as interpretações e a teoria.

Como contribuição para a gestão em saúde do município, foi elaborado um documento com os temas prioritários para a realização de atividades de Educação Permanente para as equipes, que emergiram desse estudo (Apêndice II).

Pretende-se, seis meses após o término deste estudo, realizar uma avaliação aprofundada dos resultados da pesquisa-ação. Este processo de avaliação será estruturado de maneira participativa e reflexiva, reunindo novamente os participantes do estudo para discutir os resultados obtidos e compartilhar suas experiências. A avaliação terá como foco principal medir o grau de cumprimento dos objetivos iniciais, analisando como as ações implementadas contribuíram para solucionar os problemas identificados ao longo do processo.

Além de mensurar o impacto organizacional das ações realizadas, será analisado como a pesquisa influenciou as equipes e o processo de trabalho, verificando em que medida contribuíram para transformações significativas nas práticas, nas relações interpessoais e nos resultados alcançados. Com isso, o processo de avaliação não apenas consolidará os resultados já obtidos, mas também promoverá novos aprendizados, possibilitando a continuidade de ciclos de melhoria.

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

Em alinhamento com as Diretrizes e Normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, o projeto foi devidamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). A aprovação foi obtida por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 74131223.9.0000.5147 e do parecer consubstanciado nº 6.466.624, emitido em 27 de outubro de 2023.

Os princípios éticos foram rigorosamente assegurados durante todo o desenvolvimento da pesquisa. Além disso, foi garantido o sigilo e a privacidade dos participantes por meio da utilização de nomes fictícios, tanto para o município quanto para os indivíduos envolvidos, assegurando, assim, o anonimato e a confidencialidade das informações coletadas.

Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos, procedimentos e potenciais riscos da pesquisa. Após expressarem sua concordância em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme disposto no Apêndice III, que delinea os direitos dos participantes e a natureza voluntária de sua participação.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo foram organizados nas seguintes categorias e subcategorias (Quadro 2).

Quadro 2 – Categorias e subcategorias de análise

	Categorias	Subcategorias
1	Finalidade	Promoção da saúde Autocuidado Prevenção de complicações Tratamento eficaz Monitoramento regular Encaminhamentos Alimentação dos sistemas de informação Resolutividade
2	Objeto/Indivíduo	Baixa adesão a tratamento Busca por atendimento a partir de sintomas Negação da doença Desconhecimento sobre a doença Desconhecimento sobre nomes e ações dos medicamentos Busca pelo comodismo das soluções oferecidas
3	Instrumentos Materiais	Aferição de pressão arterial Receitas médicas
	Não materiais	Consultas individuais Trabalhos com grupos Visitas domiciliares Metas
4	Agente	Motivações para o trabalho Sobrecarga e impacto emocional Competência cultural Renovação automática de receitas médicas Habilidades e conhecimentos Relações interpessoais com os usuários Relações interpessoais com a equipe Relações interpessoais com os políticos

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

6.1 FINALIDADE DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES ESF

A categoria finalidade do processo de trabalho das equipes ESF refere-se à "intencionalidade ou finalidade" do trabalho com a saúde da população hipertensa, na APS, é a busca consciente e deliberada, pelos profissionais, dos seguintes aspectos dirigidos aos usuários: promoção da saúde, autocuidado, corresponsabilização, autonomia, diagnóstico precoce, prevenção de complicações, tratamento eficaz, monitoramento regular, encaminhamentos quando necessário, alimentação dos sistemas de informação.

Para a categoria finalidade do processo de trabalho das equipes, foram identificadas as seguintes subcategorias: promoção da saúde, autocuidado, prevenção de complicações, tratamento eficaz, monitoramento regular, encaminhamentos, alimentação dos sistemas de informação e resolutividade. Importante ressaltar que, por um lado, a corresponsabilização e autonomia do usuário não foram finalidades claramente identificadas no discurso dos participantes e, por outro, a resolutividade foi identificada nas falas como um objetivo.

6.1.1 Promoção da Saúde e Autocuidado

As equipes buscam promover o autocuidado dirigido aos usuários com hipertensão arterial, principalmente através de orientações sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas, adesão a tratamento.

*Em todo o grupo[...] tudo é voltado para a divulgação de informações sobre a mudança de hábitos de vida e a prática de atividade física [...]
(Jasmim).*

*Eu acho que o importante com a realização do grupo é [...] a transmissão de informação para o conhecimento do paciente
(Orquídea).*

*É sempre uma orientação sobre a alimentação, uma orientação para a prática de atividade física e uma orientação sobre os medicamentos.
(Hortênsia)*

*E, às vezes, a gente também dá orientação com relação à alimentação, porque, estando dentro da casa, a gente vê a realidade.
(Girassol)*

A gente vai é direcionar e orientar [...] (Suculenta).

6.1.2 Prevenção de complicações

Na perspectiva dos profissionais a prevenção de complicações causadas pela hipertensão arterial é considerada uma das principais prioridades no trabalho na ESF.

Eu acho que existe uma lacuna em relação ao acompanhamento mais intenso do paciente. Para evitar que ele evolua para patologias crônicas (Lírio).

6.1.3 Tratamento eficaz

Na visão dos ACS's, estratégias, como a separação organizada da medicação do usuário com hipertensão arterial, contribuem para um tratamento eficaz.

Esse paciente que eu acompanho [...] toma a medicação porque a enfermeira a separa [...] (Margarida).

6.1.4 Monitoramento regular

O monitoramento regular é uma das finalidades do cuidado oferecido pelas equipes de ESF aos usuários com hipertensão arterial.

Mesmo o médico marcando o retorno (Narciso).

Então, a gente visita o paciente hipertenso, no mínimo, duas vezes por ano (Adonis).

Fazemos visitas domiciliares para acompanhamento, e, se não houver alguma alteração, agendamos a consulta e fazemos o controle (Jasmim).

Às vezes, a gente fala em metas, no que precisa ser cumprido. Mas não é só isso que acontece quando você vai à casa do paciente, também são feitos o acompanhamento e a orientação (Jasmim).

Então, a gente sai com um técnico para aferir a pressão, geralmente, a cada 6 meses [...] fazemos um acompanhamento. E é isso (Amor Perfeito).

Então, sempre eu ou a técnica vamos à casa desse paciente (Adonis).

Ah, vamos procurar, vamos fazer busca ativa de cartão de vacina (Girassol).

6.1.5 Encaminhamento quando necessário

As equipes de ESF se referem a realizar encaminhamentos, tanto para a atenção especializada quanto para outros serviços da APS, quando necessário, para garantir que os usuários com hipertensão arterial recebam o atendimento adequado.

É um encaminhamento, um direcionamento de um clínico. Será que é isso mesmo que ele está precisando? (Girassol).

Se vimos alguma coisa, como pressão alta ou glicemia descontrolada, a gente vai, faz o controle e encaminha para os outros serviços ou para a equipe multidisciplinar (Jasmim).

Às vezes, há até encaminhamentos. Os pacientes têm picos hipertensivos e, assim, são encaminhados para a gente [...] (Rosa).

(Quando das visitas domiciliares) os que estão com a pressão alterada, a gente tenta trazer aqui para o posto, ou agendar, ou trazê-los no mesmo dia (Adonis).

6.1.6 Alimentação dos sistemas de informação

A alimentação dos sistemas de informação, apesar de realizada pelos participantes, parece ser tarefa incompatível com outras dimensões mais importantes do cuidado, como acolhimento, qualidade e resolutividade.

Se você foca na qualidade do cuidado, você se preocupa mais em resolver os problemas da população do que em ficar preenchendo papéis e resolvendo metas. [...] Antes, tínhamos um acolhimento maior da população, mas as metas iam todas embora. Conseguimos melhorar as metas, mas senti que a qualidade caiu (Cravo).

6.1.7 Resolutividade

Os participantes consideram, como “parte boa” do processo de trabalho, resolver grande parte dos problemas.

Ainda há a parte boa de conseguirmos solucionar a maioria dos problemas dos hipertensos [...] Nossa equipe é muito boa nessa questão. Somos rápidos, se tivermos que ir, então vamos, e não vão perder a hora, não (Suculenta).

Ao responder às necessidades ou expectativas relacionadas ao trabalho em saúde, os participantes buscam, entre outros, promover autocuidado, cujo conceito envolve a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades de tomar iniciativas para promover sua própria saúde, prevenir doenças e gerenciar situações de saúde. Para pessoas com condições crônicas, o foco no autocuidado é central, e exige mudanças no estilo de vida, incluindo, por exemplo, alimentação saudável, atividades físicas regulares e adesão ao uso dos medicamentos prescritos para uso contínuo (Brasil, 2023; Merhy; Franco, 2008).

Evitar as complicações decorrentes da hipertensão arterial é fundamental para garantir que os usuários hipertensos mantenham uma boa saúde e qualidade de vida, sendo uma das principais finalidades do processo de trabalho da ESF com esses usuários (Brasil, 2014a; Brasil, 2023).

Como finalidade, também, os participantes se referem a assegurar um tratamento eficaz. Esse supõe, além da oferta das orientações, o fornecimento das receitas médicas por escrito, a disponibilidade dos medicamentos no domicílio do usuário, e também a organização dos insumos de forma a serem utilizados com facilidade pelos usuários, como se referem Silva *et al.* (2021); Brasil (2023); Brasil (2014a); Almeida e Malagris (2023).

Coloca-se também como finalidade o monitoramento regular do usuário, que permite revisar o plano de cuidado e implementar intervenções preventivas para reduzir o risco de complicações relacionadas à hipertensão. Além disso, é uma oportunidade para avaliar a adesão à medicação prescrita e identificar possíveis efeitos colaterais, assegurando a continuidade e a eficácia do tratamento (Almeida; Malagris, 2023; Brasil, 2014a; Moraes, 2023).

Os encaminhamentos – ou referências – foram citados pelos participantes como finalidade do processo de trabalho nas situações em que o usuário com hipertensão arterial necessita de recursos existentes em outros serviços – dentro da APS ou em outros pontos da RAS. Seja viabilizando a integralidade, seja garantindo a coordenação do cuidado, os encaminhamentos realizados pela APS devem ser

capazes de articular os diferentes serviços e pontos de atenção para assegurar que os usuários recebam os cuidados necessários (Starfield, 2002).

É necessário, ainda, refletir sobre o conceito de resolutividade adotado pela equipe. O que se deduz da fala dos participantes é que eles podem estar entendendo resolutividade como a solução de problemas de saúde imediatos ou evidentes, sem necessariamente incorporar uso de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, bem como a corresponsabilização e a autonomia do usuário na produção do cuidado. Essa perspectiva pode restringir a visão do que constitui a resolutividade em um sentido mais amplo, que incluiria a promoção de um cuidado mais autônomo e participativo (Brasil, 2017; Pires *et al.*, 2023; Starfield, 2002). Portanto, há a necessidade de revisar e expandir o conceito de resolutividade dentro da equipe, para que ele abranja uma abordagem mais integral e participativa, que não apenas resolva problemas pontuais, mas também promova a autonomia e a corresponsabilização dos usuários.

Por último, é importante destacar que a corresponsabilização e a autonomia do usuário não foram finalidades claramente identificadas nas falas dos participantes. Isso sugere que a equipe pode estar adotando uma postura mais centralizadora e autoritária, concentrando as decisões e ações de cuidado nos profissionais, com pouca ênfase na participação ativa e no empoderamento dos usuários em seu próprio processo de saúde.

Esse cenário evidencia um modelo assistencial predominantemente curativo que tende a limitar o envolvimento dos pacientes no processo de tomada de decisões e na adoção de medidas preventivas. Para enfrentar essa problemática, a educação permanente surge como uma estratégia fundamental.

6.2 OBJETO/INDIVÍDUO: O INDIVÍDUO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL QUE PROCURA O CUIDADO OU ATENDIMENTO PELAS EQUIPES ESF

A categoria “objeto/indivíduo: o indivíduo portador de hipertensão arterial que procura o cuidado ou atendimento pelas equipes ESF” é compreendida como aquele sobre o qual incide a ação do trabalhador, “aquele” que sofre o processo de transformação efetivado pelo trabalho - o usuário portador de hipertensão arterial. Este é um indivíduo autônomo e sobredeterminado, com expectativas e necessidades

próprias, mas influenciado por seus familiares, sua comunidade, seus hábitos de vida e sua cultura.

Para a categoria “objeto/indivíduo: o indivíduo portador de hipertensão arterial que procura o cuidado ou atendimento pelas equipes ESF”, foram identificadas as seguintes subcategorias: baixa adesão a tratamento; busca por atendimento a partir de sintomas; negação da doença; desconhecimento sobre a doença; desconhecimento sobre nomes e ações dos medicamentos, busca pelo comodismo das soluções oferecidas. Importante ressaltar que todas as subcategorias se relacionam aos comportamentos do usuário diante do adoecimento, não tendo sido abordada claramente, pelos participantes, a dimensão biológica da doença.

6.2.1 Baixa adesão ao tratamento

Os participantes percebem que os usuários com hipertensão arterial tendem a não seguir completamente o tratamento farmacológico e não farmacológico recomendado. A percepção de tratamento realizada pelo usuário está em acreditar que tomar os medicamentos é suficiente – nem sempre nas doses e frequência prescritas – e sem se dar conta de que o tratamento eficaz envolve um conjunto mais amplo de atitudes, como o autocuidado e o estilo de vida.

Então, a parte ruim é que o próprio paciente não se cuida, mas a parte boa é que a equipe acompanha de perto e vai monitorando até resolver (Suculenta).

Ele é hipertenso e pensa que, se tomar o remédio, está tudo resolvido, não precisa fazer o resto. Aí, ele é sedentário, fuma, é ansioso e quer ter a pressão 12 por 8 [...] (Adonis).

Mas é como eu já falei: ele só toma o remédio, a pressão não melhora. Mais ou menos isso (Adonis).

Esse paciente que eu acompanho [...] toma a medicação [...] e às vezes sobra 3 comprimidos. Então, eu chamo a atenção dele: 'Ó, e esses 3 aqui?' Aí ele responde: 'Ah, é o dia da cervejinha'. Então, é uma questão deles, eles não seguem o tratamento [...] (Margarida).

Aí é diagnosticado: 'Ah, você está hipertenso.' Os médicos passam as medicações e, então, eles somem (Narciso).

6.2.2 Busca por atendimento a partir de sintomas

... E buscam atendimento médico apenas quando apresentam sintomas visíveis.

É uma questão cultural dos nossos usuários. Eles vêm aqui e procuram atendimento médico quando têm algum sintoma (Narciso).

6.2.3 Negação da doença

Mesmo com os esforços das equipes de ESF, alguns usuários com hipertensão arterial não aceitam ou reconhecem sua condição de hipertenso...

Hoje, o maior problema que eu vejo é a negação deles. Porque nós estamos levando saúde em casa, fazendo tudo o que podemos, nosso papel é maravilhoso [...] (Margarida).

6.2.4 Desconhecimento sobre a doença

... Não compreendem na totalidade a gravidade da hipertensão arterial.

É mais por uma cultura curativa; às vezes, a hipertensão não apresenta sintomas, e aí eles acham que está tudo tranquilo (Narciso).

6.2.5 Desconhecimento sobre nomes e ações dos medicamentos

E como outro fator crítico, desconhecem os nomes, o uso adequado e as ações dos medicamentos prescritos.

Eles dizem: "esse é o remédio para o coração, esse é o remédio para a pressão e esse é o remédio para depois do almoço," mas nem sabem o que estão tomando (Margarida).

Eles se referem aos remédios pela cor: 'a caixa do amarelinho,' 'aquele cor-de-rosa,' e isso, às vezes, gera dificuldade, porque a cor da medicação muda. O paciente não está mais tomando o comprimido azul, pois o Diazepam agora é rosa. E as cores vão mudando (Girassol).

6.2.6 Busca por soluções superficiais ou paliativas oferecidas

... Além de buscar por alternativas de fácil implementação das soluções mais superficiais ou paliativas oferecidas pelas equipes – exigem menos esforço, reflexão ou mudança.

Porque, na verdade, o paciente quer ser carregado no colo. Ele busca mais assistencialismo, quer algo imediato, como um exame a tempo e a hora (Girassol).

[...] Eu estou em casa, não preciso me preocupar; peço minha receita, ela fica pronta, e eu pego meu medicamento (Rosa).

Os resultados mostram que os usuários não têm participação ativa no plano terapêutico, sendo excluídos de decisões importantes sobre seu próprio tratamento e bem-estar. Esse distanciamento é reforçado por práticas e orientações de saúde com uma abordagem autoritária, em que as decisões são tomadas pelos profissionais sem considerar as necessidades, experiências e contexto de vida dos indivíduos, suas famílias e a comunidade onde estão inseridos.

Neste sentido, é fundamental analisar e entender os vários aspectos que interferem no comportamento do usuário portador de hipertensão arterial para que haja uma ação transformadora sobre o objeto/usuário.

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica abrange várias dimensões, indo além do simples ato de tomar ou não os medicamentos, e inclui a maneira como o usuário gerencia seu tratamento e a mudança de hábitos de vida. Além disso, a adesão é o resultado de um processo relacional e educativo entre profissionais de saúde e usuários dos serviços (Fidelis; Jacob; Bigatto, 2023; Silva *et al.*, 2021).

Neste sentido, a promoção da adesão ao tratamento do usuário, como processo educativo, deve ser buscada através de novos significados e abordagens que consideram o contexto familiar e comunitário. Essa busca deve estar fundamentada na compreensão das condições de vida do indivíduo, da dinâmica familiar, e dos antecedentes culturais da comunidade em que ele está inserido (Starfield, 2002). Sem esses elementos, as equipes de ESF não conseguem alcançar plenamente os objetivos propostos pelas ações.

O uso de tecnologias leves permite ao profissional compreender essas condições, explorar as barreiras associadas ao cuidado do indivíduo com hipertensão e desenvolver estratégias mais efetivas. Dentre essas estratégias, estão, por exemplo, a negociação do cuidado e o respeito às crenças individuais (Almeida; Malagris, 2023; Costa; Sales, 2018, Merhy; Franco, 2003).

Compreender o contexto familiar e comunitário, considerar as crenças individuais e negociar as estratégias de cuidado favorecem a adesão ao tratamento, encontrando um espaço potente de construção nos diversos momentos intercessores, relacionais entre os trabalhadores e usuários durante a produção do cuidado. Ambiente de mudanças e atos criativos, quando o encontro deixa de ser uma simples soma de um com o outro, mas um processo singular, resultante do encontro de ambos em um momento único, na lógica do trabalho vivo (Malta; Merhy, 2003).

Os participantes se referem, ainda, à expectativa em relação à condição de saúde e à compreensão das orientações que são comportamentos dos usuários com hipertensão arterial que representam um obstáculo significativo para a equipe de ESF, pois interferem diretamente na produção do cuidado. Isso se deve, entre outros, à ausência de sintomas que pode levar os usuários com hipertensão a adotar um comportamento reativo. Os usuários possuem uma compreensão simplória sobre a doença e não entendem a gravidade do problema de saúde devido à ausência de sintomas. Desta forma, estes buscam atitudes de mudanças apenas com o surgimento dos sintomas (Fidelis; Jacob; Bigatto, 2023; Silva *et al.*, 2021).

Esse comportamento deve-se às diversas questões culturais que envolvem a população em geral, como o estigma e a discriminação, a interferência nas atividades sociais e de trabalho, as visões e experiências negativas da família e dos pares, a perda da independência, a falta de apoio social e a relação afetada com outras pessoas importantes para o usuário (Fidelis; Jacob; Bigatto, 2023; Silva *et al.*, 2021).

Ademais, o conhecimento dos usuários portadores de hipertensão arterial sobre tratamento e diagnóstico ainda é inadequado e necessita ser aprimorado. A percepção dos usuários sobre a experiência de viver com hipertensão está ligada à falta de entendimento sobre a doença, suas formas de tratamento e dos impactos que ela pode causar (Brandão; Baggio, 2024; Fidelis; Jacob; Bigatto, 2023; Marques *et al.*, 2024).

Surge, ainda, como uma barreira, a questão de quem, dentro da equipe, é responsável por avaliar a dimensão biológica da doença. Tradicionalmente, essa

responsabilidade recai sobre os médicos, que possuem, teoricamente, o conhecimento técnico necessário para diagnosticar e monitorar as condições de saúde dos usuários. No entanto, esse modelo reducionista pode levar a uma fragmentação do cuidado, onde a responsabilidade de entender e influenciar os comportamentos e modos de vida é vista como secundária por outros membros da equipe – inclusive o médico (Mendes, 2011, 2015).

Portanto, é fundamental que a equipe de saúde adote uma abordagem integrada, onde todos os profissionais compartilham as responsabilidades de avaliar tanto a dimensão biológica quanto os aspectos comportamentais e sociais que impactam a saúde dos usuários (Mendes, 2011, 2015).

Superar todas essas barreiras é fundamental. Para tal, além do conhecimento técnico sobre a doença, as equipes necessitam de instrumentos não materiais e relacionais que possibilitam o desenvolvimento de habilidades para criar vínculos de confiança com os usuários e influenciar positivamente seus comportamentos e promover a corresponsabilização pelo cuidado com a sua saúde (Almeida; Malagris, 2023; Costa; Sales, 2018, Merhy; Franco, 2003).

6.3 INSTRUMENTOS MATERIAIS E NÃO MATERIAIS UTILIZADOS PELOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE ESF NA PRODUÇÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Na terceira categoria, estão os instrumentos, materiais e não materiais, utilizados pelos profissionais das equipes de ESF na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial. São os meios utilizados pelo trabalhador para contribuir na transformação da realidade vivenciada pelo objeto/indivíduo. Dentre os materiais, estão os equipamentos, material de consumo, instalações, medicamentos, exames. Dentre os não materiais, incluem-se os conhecimentos técnicos (saberes estruturados, protocolos, linhas de cuidado).

Para a categoria Instrumentos Materiais utilizados pelos profissionais das equipes de ESF na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial, foram identificadas as seguintes subcategorias: aferição de pressão arterial e receitas médicas. Importante ressaltar que o material de consumo, as instalações e os exames complementares não foram instrumentos materiais abordados pelos participantes.

6.3.1 Aferição de pressão arterial

Os participantes percebem que a aferição da pressão arterial é necessária para o cuidado ao usuário com hipertensão arterial – procedimento que, portanto, deve ser realizado. No entanto, parece que é “tarefa menor”, e, por isso, deve ser delegada exclusivamente aos técnicos em enfermagem.

[...] Então, se ficamos ali apenas aferindo a pressão — algo que o técnico pode fazer [...] (Jasmim).

A aferição correta da pressão arterial é essencial para o diagnóstico, controle e tratamento da hipertensão – representando a dimensão biológica da doença. Esse procedimento, simples e frequente, deve ser realizado em todo encontro entre o usuário com hipertensão arterial e os profissionais de saúde habilitados – médicos, enfermeiros, técnicos e, em alguns casos, o ACS. A partir dos valores encontrados em cada aferição, e ao longo do tempo, permite aos membros da equipe desenvolver estratégias terapêuticas apropriadas e assegurar que o usuário mantém um controle adequado da pressão arterial (Brasil, 2014a, 2017; Morais, 2023; Rezer; Machacal Junior; Rodrigues, 2024).

Apesar de reconhecer a importância desse procedimento, o que se deduz da fala de Jasmim é a utilização desse instrumento material com uma finalidade que se esgota em si mesma. Ou seja, aferir a pressão arterial como tarefa apenas burocrática, descontextualizada das finalidades mais amplas do cuidado ao usuário hipertenso. Neste sentido, a aferição da pressão arterial, portanto, seria inteiramente capturada pela lógica do trabalho morto, segundo Merhy e Franco (2003).

Ainda seguindo o possível raciocínio de Jasmim, essa tarefa burocrática, descontextualizada, com um fim em si mesmo, deve ser delegada apenas aos técnicos de enfermagem - fornecendo indícios de que a lógica do trabalho morto é a característica do trabalho destes profissionais. Os técnicos de enfermagem desempenham atividades de baixa e média complexidade, excetuando-se aquelas exclusivas do enfermeiro. Estes desempenham atividades de baixa e média complexidade, excetuando-se aquelas exclusivas do enfermeiro.

Na APS, historicamente, a função dos técnicos esteve associada a procedimentos e não opinavam no planejamento e nas ações da equipe. A esta categoria profissional é frequentemente atribuída a realização dos procedimentos

técnicos, ou seja, práticas rotineiras e repetitivas que são realizadas junto à comunidade na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, perpetuando, assim, sua invisibilidade no trabalho da equipe (Brasil, 1986, 2017; Kanno *et al.*, 2023).

Contudo, Ferreira (2022) salienta que técnicos de enfermagem são atores importantes na integralidade do cuidado e na ampliação das possibilidades de atenção ao usuário. Portanto, é fundamental divulgar, aprofundar e aperfeiçoar as práticas desses profissionais na APS, o que contribuirá também para maior visibilidade e valorização da categoria. Importante assinalar que esta categoria profissional, apesar de ter sido convidada pela pesquisadora, não participou dos grupos focais/oficinas.

6.3.2 Receitas médicas

Os participantes reconhecem que as receitas médicas resultam da indicação terapêutica adequada a cada usuário com hipertensão arterial, e que devem ser feitas após avaliação deste usuário, avaliação prévia que nem sempre ocorre.

Às vezes, só renovamos a receita sem saber se realmente é necessário. Então, ficamos meio perdidos, eu principalmente, nessa questão.... (Lírio).

As receitas médicas são uma expressão escrita e final do ato médico, que detalham nome, quantidade, via de administração, dosagem e duração do uso dos medicamentos. Quando elaboradas de forma correta, promovem o uso racional dos medicamentos, reduzem influências comerciais e garantem a educação e a segurança do usuário. Importante ressaltar que, no caso das receitas para os usuários hipertensos, devem especificar não apenas os medicamentos, mas também o estilo de vida, o autocuidado e a necessidade de avaliações periódicas a serem seguidas. Por estar pautada em princípios básicos do relacionamento médico-paciente, a prescrição médica transfere ao paciente confiança e melhora a adesão (Brasil, 2014b).

Apesar de reconhecerem a importância das receitas médicas, os participantes questionam a utilização desse instrumento material de forma apenas burocrática, “renovando a receita sem saber se precisa”, sem avaliação prévia do usuário, descontextualizada do relacionamento profissional de saúde e paciente e das finalidades mais amplas do cuidado ao usuário hipertenso. Neste sentido, as receitas

médicas, em si, não só poderiam ser fonte de erro, como também seriam capturadas pela lógica do trabalho morto com um processo de trabalho centrado no ato prescritivo (Merhy; Franco, 2003).

Outros instrumentos materiais, como os materiais de consumo, as instalações físicas e os exames complementares, constituem a base estrutural dos serviços de saúde, sendo essenciais para um processo de trabalho resolutivo. No entanto, esses elementos não foram mencionados pelos participantes da pesquisa. Acredita-se que os materiais de consumo e as instalações físicas não foram destacados porque estão disponíveis em quantidade e qualidade adequadas, atendendo às necessidades da equipe e dos usuários. A possível satisfação com esses recursos pode ter levado os participantes a não os destacarem como determinantes para o processo de trabalho, ou a falta constante de insumos e a precariedade das instalações físicas já têm sido incorporadas como parte do processo de trabalho, e por isso não foram valorizadas. Mas tanto em relação a esses quanto aos exames complementares, é possível que a equipe não os tenha considerado condicionantes diretos do processo de trabalho, uma vez que o foco do estudo foram os aspectos dinâmicos e interativos do cuidado.

Já para a categoria Instrumentos Não Materiais utilizados pelos profissionais das equipes de ESF na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial foram identificadas as seguintes subcategorias: consultas individuais, trabalhos com grupos, visitas domiciliares, metas. Importante ressaltar que todos representam protocolos, linhas de cuidado e saberes estruturados e são importantes de serem considerados para uma assistência segura e de qualidade.

6.3.3 Consultas individuais

As consultas individuais fazem parte do trabalho na ESF, sendo realizadas por médicos e enfermeiros.

Há também os atendimentos individuais, tanto pela parte médica, quanto pela enfermagem. (Narciso).

A estrutura do processo de trabalho da ESF é organizada para incluir atendimentos e consultas individuais, realizados tanto por médicos quanto por enfermeiros. De acordo com Caderno da Atenção Básica nº 37, a consulta de enfermagem para usuários com hipertensão arterial visa monitorar o usuário

diagnosticado com hipertensão, estratificar o risco cardiovascular e promover hábitos de vida saudáveis. Por sua vez, a consulta médica, além de monitorar o usuário e identificar fatores de risco cardiovascular, também avalia lesões em órgãos-alvo, considera possíveis condições secundárias e promove a saúde (Brasil, 2014a).

As consultas e atendimentos individuais criam um espaço de diálogo, troca e compartilhamento entre o usuário e os profissionais de saúde, fundamental para a criação de vínculo e corresponsabilidade. Esses momentos vão além da simples execução de atos técnicos, permitindo que os saberes e práticas se entrelacem em um processo de cuidado que é construído de maneira compartilhada e participativa. Nesse "espaço intercessor", ocorre uma interação, na qual a escuta qualificada do contexto de vida do usuário se torna o alicerce para uma negociação e pactuação das condutas a serem seguidas. Portanto, esse tipo de interação individual pode ser considerada uma estratégia essencial para a promoção da saúde (Carvalho; Akerman; Cohen, 2023; Merhy; Franco, 2003).

6.3.4 Trabalhos com grupo

Os trabalhos com grupos são utilizados pelos participantes para a oferta do cuidado aos usuários portadores de hipertensão arterial.

[sobre os grupos] Não pode ter essa abordagem engessada de levar um profissional para dizer: “Ah, você não come sal” É importante ter uma roda de conversa. O que é interessante para você? De que assunto você gosta? [...] Assim, cada um vai compartilhando suas ideias [...] isso é promoção (Girassol).

Embora nenhum médico tenha se manifestado, os enfermeiros consideram que o grupo traz benefícios para a população, como apresentado na fala de Orquídea.

Eu acho que é importante com o grupo (Orquídea).

Entretanto, na opinião dos ACSs, os grupos são pouco eficazes, dado que os usuários, por um lado, se sentem mais à vontade nos contatos individuais com os profissionais e, por outro, precisam de mais intervenções dentro do domicílio.

Naquela visita com o técnico ou enfermeiro, ele relata coisas que não falaria aqui, porque está em grupo (Girassol).

A pessoa sente-se mais confortável para falar quando está apenas comigo, o enfermeiro ou a médica. Se estiver no grupo, ela não se sente à vontade para falar. [...] Porque, no grupo, alguém pode dizer: 'Coma isso', mas a pessoa não conhece a realidade daquele paciente (Suculenta).

[...] Você não sabe se ele pode comprar aquilo; então, estando ali na casa dele, vamos conhecendo a realidade de cada um (Suculenta).

[Nos grupos] É saber o objetivo do paciente, o que leva a ajudar no processo (Suculenta).

Esta ineficácia provoca nestes profissionais tanto o comportamento de estimular pouco a participação dos usuários quanto uma sensação de frustração com o baixo resultado.

Eu não insisto muito para que o usuário venha ao grupo HIPERDIA, porque, na minha opinião, isso está fora da realidade. Na casa dele, ele precisa de muito mais atenção (Gardênia).

Eles querem conversar e dizem: "Foi ótimo porque eu conversei," mas e a hipertensão. O desfecho da situação. [...] Aquele caso não tem desfecho (Margarida).

Como resultado, a equipe Sagrada Face é a única que realiza o trabalho com os grupos que acontecem mensalmente, de maneira organizada. Ali se desenvolvem estratégias variadas, são abordados temas de importância para o usuário, com foco na promoção da saúde com a participação da e-multi e equipe de saúde bucal.

Em todo grupo, conseguimos fazer de uma forma muito bacana, porque sempre realizamos algo diferente [...] com a participação da equipe multidisciplinar, incluindo a odontologia [...] Estamos sempre tentando trazer novidades (Jasmim).

[sobre os grupos] O grupo que está funcionando ainda é o meu. É a minha equipe que realiza (Jasmim).

Estes grupos são realizados com os usuários hipertensos (e também os diabéticos) e são denominados Grupos Operativos HIPERDIA. Grupo operativo é um

espaço de aprendizagem, cuja prática está centrada em operar tarefas. Neste espaço, teoria e prática se resolvem numa práxis permanente e concreta do “aqui e agora” através de uma abordagem dinâmica e interativa onde os membros estão interconectados em uma experiência dialética de aprendizagem em espiral, transformam-no em uma unidade de ensino e aprendizagem. Neste sentido, o grupo é lugar de conversa e conhecimento que se produz no encontro com outro, onde a transformação do conhecimento dá-se através das vivências, experiências e relações de interdependência estabelecidas entre participantes. No campo do grupo operativo, existem papéis prescritos ou estabelecidos – pertença, afiliação, cooperação, pertinência, comunicação, aprendizagem e telê – que convergem como funções essenciais para provocar, através da operação, a ruptura de estereótipos (Castanho, 2012; Pichon-Rivière, 2005).

Os Grupos HIPERDIA são ferramentas adotadas pelas equipes de ESF para promover a saúde, prevenir doenças e evitar complicações associadas a doenças crônicas, portanto, fundamentais para a produção do cuidado. Contudo, Jasmim menciona que sua equipe é responsável por conduzir o grupo em questão. Isso sugere que ela sente uma certa responsabilidade ou protagonismo na coordenação das atividades do grupo.

No entanto, Girassol enfatiza que os grupos não devem ser rígidos ou limitados a palestras tradicionais e unilaterais. Em vez disso, ela defende uma abordagem mais interativa e participativa, onde as rodas de conversa permitem que os participantes escolham os temas de seu interesse e compartilhem suas ideias. Essa abordagem valoriza a troca de experiências e o envolvimento ativo dos participantes, o que Girassol considera essencial para a promoção da saúde.

O raciocínio de Girassol vai ao encontro da teoria da aprendizagem significativa de base freiriana, que adota uma abordagem dialética, emancipadora, criativa e participativa, promovendo o desenvolvimento da consciência crítica e a busca pela autonomia dos sujeitos, com o objetivo de alcançar a transformação social. Assim como no estudo de Bezerra *et al.* (2020), Girassol critica o modelo educativo bancário na Educação em Saúde, que se concentra em ações educativas voltadas exclusivamente para a cura de doenças e na prescrição de ações para mudança de comportamentos individuais e tende a gerar discursos biomédicos. Esses discursos colocam ênfase na autodisciplina e nas mudanças de comportamento. Além disso, estão direcionados à aquisição acumulativa de informações técnicas transmitidas pelo

trabalhador e não permitem ao usuário explanar suas experiências, evidenciando o modelo tradicional de educação.

Por outro lado, os grupos foram considerados ineficazes, enquanto as abordagens individuais e personalizadas em um ambiente domiciliar, considerado mais íntimo pelos participantes, foram destacadas como mais eficazes para que os usuários se sintam à vontade para compartilhar informações pessoais e discutir suas reais necessidades. Esses espaços fortalecem o vínculo de confiança e entendimento mútuo entre usuários e profissionais, facilitando a comunicação e permitindo uma compreensão mais profunda das necessidades e realidades dos usuários, algo que pode ser difícil de alcançar em um contexto de grupo. Cunha e Sá (2013) acreditam que a visita domiciliar implica certa exposição dos hábitos e rotinas privativas do usuário no espaço domiciliar, que normalmente não seriam visíveis nos espaços grupais. Assuntos particulares se tornam visíveis, alvo de avaliação dos profissionais de saúde, o vínculo e a confiança se colocam em linha tênue nessa relação de compartilhamento e de encontro com o outro. A privacidade e a confiança devem ser geridas com sensibilidade e proteção na relação entre o profissional e o usuário.

Esta ineficácia percebida desestimula a participação de todos os componentes da equipe. Embora Margarida perceba que os participantes do grupo apreciem o aspecto social dos encontros, como a oportunidade de conversar, o objetivo principal do grupo não está sendo efetivamente alcançado. Ela menciona que, em termos de desfecho clínico, os grupos não estão trazendo resultados concretos ou mudanças significativas na saúde dos usuários. Isso está em consonância com os estudos de Carvalho *et al.* (2024), que destacam a importância dos grupos operativos que pautam a socialização e a construção de laços entre as pessoas.

Entretanto, para Bezerra *et al.* (2020), Pichon-Rivière (2005), Castanho (2012); Carvalho *et al.* (2024); Santos; Mishima; Merhy (2018) e Merhy e Franco (2003), o sucesso dos grupos operativos e a adesão dos usuários a esses grupos dependem da articulação de saberes e práticas interprofissionais na operacionalização desses espaços. A colaboração e o envolvimento de toda a equipe são fundamentais para motivar os usuários a participarem e para garantir a eficácia das atividades realizadas nos grupos. Sem a participação ativa de todos os profissionais, os grupos podem não atingir seu pleno potencial. Além disso, para que os grupos sejam realmente eficazes, é essencial que o encontro entre trabalhadores e usuários, nesse espaço intercessor, seja marcado por um diálogo aberto e

colaborativo, em vez de apenas impor regras ou procedimentos. Isso contribui para legitimação das necessidades subjetivas e das tecnologias leves como elementos de seu trabalho grupal, além de fortalecer o vínculo, o engajamento e a confiança dos usuários nas ações de promoção da saúde. Neste contexto, poderíamos dizer que a eficácia dos grupos operativos HIPERDIA reside, em grande parte, na possibilidade de maior utilização do Trabalho Vivo em ato.

6.3.5 Visitas domiciliares

Os participantes se referem, especialmente os ACS's, ao trabalho da ESF que ocorre prioritariamente no domicílio.

PSF é dentro de casa (Azaleia).

Dia a dia na casa (Suculenta).

Visita domiciliar para acompanhamento. (Jasmim).

A gente fica andando pelas casas, sabe, procurando pacientes. Ah, vamos procurar, vamos fazer busca ativa [...] e, então, eu fico visitando as casas dos outros (Girassol).

O cotidiano do trabalho da ESF envolve visitas domiciliares frequentes às famílias, tornando-a uma ferramenta central do processo de trabalho da ESF. Nogueira (2023) e Brasil (2017) referem-se à visita domiciliar que deve ser realizada de forma periódica, não apenas em situações emergenciais, com o objetivo de promover, tratar e prevenir a saúde, considerando o ambiente em que o indivíduo vive. As intervenções realizadas no domicílio têm foco no suporte educativo e assistencial, e devem ser conduzidas por todos os membros da equipe da ESF.

O que se deduz na fala de Azaleia e Suculenta é que o cotidiano de trabalho da ESF acontece principalmente no ambiente domiciliar. A visita domiciliar permite a inserção dos trabalhadores de saúde nos espaços familiares e na comunidade, oferecendo ao profissional uma visão abrangente das condições reais de vida dos indivíduos e das famílias. Permite conhecer seu cotidiano, cultura, costumes e crenças, abrindo espaços de comunicação entre saberes e práticas. Imprime valor à dimensão subjetiva das práticas de saúde, fomentando vínculos entre trabalhadores

e usuários – estabelecendo um cuidado para além da "doença" e focado nos sujeitos (Gomes *et al.*, 2021; Santos; Wagner, 2002).

Nesse sentido, a visita domiciliar é um “espaço intercessor” com possibilidades para o exercício da atividade criativa do trabalho e onde os produtos se realizam. É nesse espaço e momento que o processo de cuidado torna-se relacional. Nessa relação há uma lógica instrumental operando, mas, sobretudo, há nos espaços relacionais, atos de fala e escuta, toques e olhares que são constitutivos do processo de trabalho que produz o cuidado e nessa relação, os sujeitos se encontram e fazem juntos a produção da saúde (Merhy; Franco, 2003).

6.3.6 Metas

Os participantes se referem, ainda, ao trabalho que está pautado no cumprimento de metas para o Previne Brasil.

Às vezes, falamos em metas, que devem ser cumpridas (Jasmim).

[sobre as metas] Não é efetivo porque, muitas vezes, não estamos realizando aquelas consultas, seja do médico ou da enfermagem, mas acaba sendo feito [...] Há um sentido nisso, sim. Essas metas do Previne Brasil realmente não são tão efetivas como deveriam ser, mas é o que conseguimos fazer (Jasmim).

Você vai se preocupar mais em resolver os problemas da população do que em ficar preenchendo papéis e resolvendo metas (Cravo).

O Decreto 7.508/2011 estabeleceu que, para organizar e integrar as ações e serviços de saúde, os entes federados terão indicadores e metas de saúde baseados em critérios de avaliação de desempenho. Ferramentas indispensáveis para a eficiência da organização e monitoramento da qualidade da prestação do serviço público, esses indicadores servem para avaliar tanto os processos quanto os resultados. Ao medir o progresso em relação às metas estabelecidas, eles fornecem dados essenciais para monitorar o desempenho. A partir da análise desses indicadores, é possível ajustar estratégias e tomar decisões informadas para otimizar os resultados. Além disso, esses indicadores desempenham um papel fundamental na gestão e organização dos serviços prestados à população, garantindo a continuidade do recebimento de recursos financeiros (Borges, 2022; Braga, 2021; Brasil, 2011; Pereira; Pacheco; São Pedro Filho, 2021).

Diante disso, o Ministério da Saúde implementou o Programa Previne Brasil¹ que estabeleceu indicadores de desempenho para avaliar a organização do trabalho e a qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS em áreas estratégicas, incluindo as condições crônicas. Para os usuários com hipertensão, as metas incluem a aferição da pressão arterial e uma consulta com médico ou enfermeiro a cada seis meses. A partir do cumprimento das metas estabelecidas, as equipes fazem jus ao recebimento de um percentual do montante financeiro instituído no componente pagamento por desempenho² do Programa (Brasil, 2019, 2022).

Embora reconheça que as metas voltadas para os usuários com hipertensão arterial estão expressas nos protocolos do Ministério da Saúde e que são importantes para o desempenho das equipes, a fala de Jasmim indica que o processo de trabalho está excessivamente focado no cumprimento de metas. Isso está em consonância com os estudos de Paudarco *et al.* (2021), Assis *et al.* (2020) e Massuda (2020), que apontam que o pagamento por desempenho baseado nos resultados alcançados pelas equipes em relação aos indicadores e metas pode incentivar um aumento na produtividade para atingir somente essas metas pré-estabelecidas, o que pode levar a possíveis distorções, tais como: restrições de acesso, redução do escopo e da qualidade dos serviços na APS. Esse modelo revela o paradoxo da produtividade em números de consultas e aferições de pressão arterial, em detrimento de atividades coletivas com foco na promoção da saúde, por exemplo. Essa abordagem direciona as ações dos profissionais exclusivamente para a patologia e o estado de saúde do indivíduo, negligenciando a promoção da saúde por meio de atividades educativas e do estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários. Portanto, fica evidente que a produtividade está fortemente ligada a ações de caráter biomédico, enfraquecendo a ESF.

Assim, conforme apontado por Merhy e Franco (2003, 2008), há uma ênfase na mensuração quantitativa, baseada em variáveis objetivas e numéricas, que

¹ Previne Brasil: O Programa Previne Brasil, programa de financiamento da APS vigente na ocasião da realização dos grupos focais, foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 que estabeleceu o financiamento da APS calculado com base em 4 componentes: Capitação ponderada; Pagamento por desempenho; Incentivo financeiro com base em critério populacional e Incentivos para ações estratégicas.

² O pagamento por desempenho é um dos componentes que fazem parte da transferência mensal aos municípios. Nesse componente, a definição do valor a ser transferido depende dos resultados alcançados no conjunto de indicadores monitorados e avaliados no trabalho das equipes de ESF e APS. Para o indicador 6: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre a meta pactuada é de 50%.

banaliza o processo avaliativo, pois permite uma generalização dos dados sem considerar os aspectos subjetivos da realidade. Esses "processos estruturados" seguem uma lógica instrumental, com foco na produção de procedimentos. Além disso, mostram-se pouco centrados nas relações e na valorização das tecnologias leves no processo produtivo, evidenciando a predominância do Trabalho Morto sobre o Trabalho Vivo.

Ainda em Merhy *et al.* (2019), quando as equipes de saúde são engolidas por ofertas de "cuidado" pré-estabelecidas, focadas excessivamente em protocolos e metas, frequentemente deixam de considerar os desejos e demandas dos usuários que não são vistos como "prioridades" pelo serviço. Mesmo espaços potentes para o encontro, como as visitas domiciliares, podem ser capturados e transformados em procedimentos mecânicos ou em momentos de disciplinarização intensiva.

Contudo, apesar da preocupação demonstrada por Cravo em priorizar as tarefas administrativas, como preencher formulários e cumprir metas em detrimento às demandas da população, de acordo com a nota técnica nº 18/2022-SAPS do Ministério da Saúde, os registros dos indicadores, realizados por médicos e enfermeiros em prontuário eletrônico da Estratégia e-SUS APS, resultam do trabalho realizado no cotidiano das equipes de saúde da APS e representam, portanto, a realidade do que acontece durante o contato dos usuários com os serviços de saúde.

O que se observa é que a equipe reconhece esses instrumentos não materiais utilizados pelas equipes da ESF no cuidado aos usuários com hipertensão arterial - metas, visitas domiciliares, consultas individuais e trabalhos em grupo. No entanto, nota-se pouca profundidade no conhecimento. Embora exista uma base teórica e conceitual básica, esse conhecimento foi, predominantemente, desenvolvido através da prática cotidiana e da experiência individual, sem uma exploração mais profunda dos fundamentos teóricos e metodológicos que os sustentam. Assim, o conhecimento desses instrumentos não materiais é predominantemente empírico, sem conexão com as finalidades mais gerais do processo de trabalho.

Isso aponta para a necessidade de ações de educação permanente sobre estes instrumentos, no intuito de fornecer uma base teórica sólida e aprimorar a compreensão desses instrumentos, assegurando que sejam aplicados de forma mais estratégica e consciente na produção do cuidado ao usuário com hipertensão arterial.

6.4 AGENTE: O TRABALHADOR, AQUELE QUE OFERECE O CUIDADO AO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

A quarta categoria é o agente ou trabalhador, responsável por promover o cuidado aos usuários hipertensos. Cada agente com diferentes motivações para o trabalho e diferentes reações diante das dificuldades existentes; modos singulares de sentir e entender as necessidades de saúde destes usuários; diferentes habilidades/conhecimentos, adquiridos de fontes diversas; atravessados por modos peculiares – ao mesmo tempo socialmente condicionados - de relacionamentos interpessoais no mundo do trabalho; exercendo, predominantemente, o Trabalho Vivo ou Trabalho Morto, e moldado por condições familiares, sociais e históricas próprias.

Para a quarta categoria, agente: o trabalhador, aquele que oferece o cuidado ao usuário com hipertensão arterial foram identificadas as seguintes subcategorias: motivações para o trabalho; sobrecarga e impacto emocional; competência cultural; renovação automática de receitas médicas; habilidades e conhecimentos; relações interpessoais com os usuários; relações interpessoais com a equipe; relações interpessoais com os políticos. Importante ressaltar que as relações interpessoais ganharam tanto destaque que foi necessário dividir ainda mais essa subcategoria, como demonstrado.

6.4.1 Motivações para o trabalho

Dentre as motivações para o trabalho enfatizadas pelos participantes estão: necessidade financeira, missão de ajuda, gratificação pessoal, compromisso profissional.

Conforto para a família (Amor Perfeito).

Todo mundo é motivado pelo dinheiro, gente, falemos a verdade. [...] O conforto se resume a dinheiro (Girassol).

Há a parte da missão [espiritual] e, às vezes, temos a missão de ajudar alguém [...]. Então, é essa a nossa missão como agentes de saúde: poder ajudar alguém no dia a dia (Gardênia).

Não há nada melhor do que saber que uma pessoa tem qualidade de vida e que você ajudou a solucionar o problema dela. É uma sensação muito boa (Suculenta).

Há muitas histórias que ficam ocultas, apenas o agente de saúde e o paciente conhecem. [...] Isso é gratificante, e às vezes ninguém sabe o quanto você contribuiu para a vida do paciente (Azaleia).

Acho que, a partir do momento em que se tem um emprego, há um compromisso. O que mais me motiva a sair de casa é o compromisso com o serviço (Lisianto).

A ideia de compromisso aparece não só com o “trabalho”, mas principalmente com a população, que aguarda a realização das atividades pactuadas, e deve por isso ser respeitada.

Quando falamos sobre a equipe e compromisso, estamos nos referindo ao compromisso com a população na área em que você trabalha. Quando se trata de saúde, por exemplo, há questões que precisam ser resolvidas imediatamente; você não pode deixar passar (Lisianto).

Às vezes, a enfermeira ou a técnica marcam, mas sempre acontece algo, e os compromissos vão sendo adiados: 'Semana que vem vai,' 'Semana que vem vai.' Eu tenho dificuldade com isso [...] (Gardênia).

Os desafios enfrentados pelos profissionais são algumas vezes experimentados como sacrifício ou calvário, principalmente para os participantes mais motivados pelo dinheiro. Girassol recorre ao sarcasmo para expressar sua percepção:

É um amor a Deus, porque fazemos tudo por amor a Ele. Afinal, estamos no calvário aqui e esperamos, em Cristo, que um dia isso mude. Deus colocou-nos como agentes de saúde, como se estivéssemos em um purgatório. Imagino que essa seja a parte difícil, porque andar de casa em casa não é fácil. Tem a dona Conceição, a dona Madalena; não é fácil, mesmo. Você tem que orar muito a Deus para não perder a paciência (Girassol).

Tal discurso causa inquietação e desconforto em alguns participantes, que superam diariamente os desafios do trabalho impulsionados por uma motivação intrínseca e pessoal. O discurso de Margarida é repleto de emoção e cuidado na escolha das palavras.

Eu digo que faço isso por mim [...] Eu venho por mim. É um desafio diário, porque todo dia penso em desistir, todo dia. Mas é por mim. [...] Eu poderia dizer que é pelas meninas [...] mas, na verdade, é por mim (Margarida).

Muitos dos desafios incluem desprazeres decorrentes da sobrecarga de trabalho, que impacta negativamente as emoções. Esse impacto emocional compromete as ações dos profissionais, gerando entre os membros das equipes frustração, indignação, angústia, rancor e insegurança.

Agora pergunta como fica o nosso psicológico? [...] Porque você vai para casa pensando (Gardênia).

Tudo surtado (Girassol).

Isso é incompatível com a saúde psicológica. Nós, profissionais, estamos todos ali, porque, quando você chega à vigência, já não está com o raciocínio normal [...] acho que isso gera uma sobrecarga. Porque chega um momento em que, quer dizer, eu me controlo; nunca xinguei um paciente, mas há momentos em que você está prestes a explodir. Então, não é culpa do paciente ter um sistema assim. É por causa dessa sobrecarga. Não dá, eu bato nessa tecla [...] aqui não é uma porta aberta (Lírio).

A motivação para o trabalho surge da compreensão de um conjunto de fatores e estruturas que moldam e aprimoram o comportamento de um trabalhador, impulsionando-o a buscar maior produtividade, força e comprometimento com sua função e cargo. Essas motivações são variadas, abrangendo desde aspectos práticos, como a necessidade de sustento, até razões mais altruístas e pessoais, como o desejo de fazer a diferença na vida dos outros, a satisfação pessoal obtida do trabalho, e o compromisso com sua profissão. Motivações dessa natureza foram citadas por vários autores (Menguer, 2023; Monteiro *et al.*, 2024; Nogueira, 2023; Pimentel, 2011)

O trabalho, entretanto, pode se tornar particularmente difícil e desafiador, dado que o cotidiano é marcado por fontes altamente estressoras - percebidas pelos trabalhadores como sobrecarga profissional. Esta exposição contínua a fontes de estresse gera desprazer e pode resultar em formas significativas de sofrimento – tanto físico quanto mental - desmotivação e insatisfação com o trabalho. Esta relação entre

estresse ocupacional e sofrimento do trabalhador é citada por vários autores (Araujo; Wojciekowski, 2023; Prado, 2016; Silva, 2019).

Particularmente na APS, as principais fontes de estresse estão associadas não só à sobrecarga de trabalho, mas também à precarização das condições laborais, vínculos empregatícios instáveis, baixos salários, e problemas organizacionais e de comunicação (Cordioli *et al.*, 2019; Ferreira; Anderson, 2020; Lima *et al.*, 2024; Muniz *et al.*, 2023; Nogueira, 2023). Ainda, segundo Assis *et al.* (2020), outra fonte importante de estresse ocupacional na ESF é o trabalho multiprofissional que, se por um lado, é uma ferramenta indispensável para a integralidade do cuidado, traz consigo a possibilidade de fragmentação – o que gera a percepção de sobrecarga. Essa fragmentação, na perspectiva de Pimentel (2011) e João (2023), ocorre pela dificuldade dos profissionais envolvidos trabalharem verdadeiramente como equipe.

Apesar das dificuldades inerentes ao processo de trabalho, quando o trabalhador consegue estabelecer vínculos mais próximos com os usuários, a corresponsabilidade e a resolutividade de suas ações são alcançadas com mais facilidade, aumentam os sentimentos de satisfação e gratificação, e se invertem alguns condicionantes do estresse ocupacional. Menguer (2023) e Euqeres Partata *et al.* (2023), em trabalho realizado com ACSs, identificaram níveis significativos de satisfação e menores índices de estresse entre os profissionais, sendo o vínculo com o usuário um potencial fator de sobrecarga, porém promotor de satisfação. Dessa forma, a satisfação profissional atua em contraposição ao sentimento de exaustão relacionado à profissão, atuando como um fator protetor para o bem-estar mental.

Vale ainda acrescentar que, mesmo em meio às dificuldades e exigências do trabalho, de altos níveis de estresse ocupacional, e de sentimentos de indignidade, desprazer e frustração com algumas tarefas, alguns trabalhadores podem reagir com menos sofrimento. Ao serem movidos por motivação pessoal e intrínseca – para além das necessidades de emprego e sustento financeiro - conseguem enfrentar com mais resiliência os desafios e manter com bem estar o comprometimento e a dedicação à profissão.

Os resultados encontrados por Andrade (2019) e Menguer (2023) indicam que a satisfação com o trabalho está relacionada ao fato de serem úteis para a comunidade em que vivem e atuam. Neste sentido, o cuidado é entendido como “vocação”, que impulsiona e motiva o trabalhador frente à possibilidade de ajudar o usuário. Contudo, é essencial considerar o sofrimento mental a que estão sujeitos os

profissionais das equipes de ESF. Medidas preventivas são fundamentais para reduzir o impacto do estresse e promover um ambiente de trabalho mais saudável e sustentável, favorecendo a diminuição de transtornos emocionais e incentivando o cuidado com a saúde mental no local de trabalho (Cordioli *et al.*, 2019; Ferreira; Anderson, 2020; Lima *et al.*, 2024; Muniz *et al.*, 2023; Nogueira, 2023).

6.4.2 Competência cultural

Apesar dos participantes perceberem a existência da questão cultural nos comportamentos em saúde, a competência cultural profissional para abordagem de algumas práticas prejudiciais à saúde se resume a uma aceitação e a não intervenção.

É a questão cultural dos nossos usuários (Narciso).

Tomar banho ou não limpar a casa é uma questão cultural; eu não posso invadir a privacidade do outro (Girassol).

A competência cultural do usuário e do profissional é percebida como um espaço de disputa e tensão entre os sujeitos envolvidos. A competência cultural, atributo da APS, incide a capacidade dos profissionais de saúde de compreender e respeitar as tradições culturais, permitindo-lhes decidir de maneira informada como e quando intervir em práticas que podem ser prejudiciais à produção do cuidado colocando no centro do cuidado as singularidades e multiplicidades que pulsam nas vidas e nos territórios existenciais e geográficos (Merhy *et al.*, 2019; Starfield, 2002).

Nesse contexto, quando os participantes optam por não intervir na cultura dos usuários, segundo Merhy *et al.* (2019), emerge aqui uma força-valor governo de si e do outro tensionada pela escassez da escuta ativa e da sensibilidade às demandas individuais. Isso tende a trazer ao cuidado oferecido pelas equipes de saúde uma lógica de controle sobre a vida dos usuários ou um cuidado que não é adaptado às particularidades e necessidades específicas de cada sujeito. Essa abordagem gera uma "captura" do trabalho vivo, cujas interações que poderiam ser dinâmicas e moldadas pelas experiências e subjetividades do encontro entre trabalhador e usuário são sufocadas por práticas mecanizadas.

6.4.3 Renovação automática de receitas médicas

A renovação automática de receitas de medicamentos de uso contínuo é uma prática comum no processo de trabalho das equipes de ESF no município. No entanto, essa prática ocorre sem protocolos claramente definidos, o que tem gerado indignação, revolta e preocupação, especialmente entre os médicos das equipes. A preocupação surge porque essa prática, da maneira como está sendo realizada, pode perpetuar o uso de medicamentos com indicação questionável.

Então, fico até meio receoso em fazer essas coisas, como a renovação de receitas, sem olhar para o paciente. Às vezes, é necessário retirar um medicamento ou colocar outro, e não sabemos o que está acontecendo. A renovação de receitas, para mim, incomoda um pouco [...] porque estamos apenas replicando medicações, colocando sua assinatura e seu carimbo. Se ocorrer um problema, hoje tudo está judicializado [...] (Lírio).

É fundamental, para a continuidade do cuidado dos usuários com hipertensão arterial, esse processo que envolve a avaliação do estado de saúde do usuário, a segurança e ampliação da educação sobre o uso racional de medicamentos (Brasil, 2014).

A fala de Lírio expressa uma preocupação que lhe causa inquietação em relação à prática de renovar receitas médicas sem uma avaliação direta do usuário. Ele teme que essa abordagem possa resultar em erros, como a manutenção de um medicamento que deveria ser retirado ou a falta de ajustes necessários no tratamento. Isso evidencia a importância de uma avaliação cuidadosa e personalizada para garantir a segurança e o bem-estar do usuário, em consonância com os estudos de Cavalcante (2023) e Rodrigues (2022), que afirmam que práticas como essas não necessariamente refletem a otimização do cuidado e, pelo contrário, podem indicar uma fragilidade no sistema de saúde, sugerindo um acompanhamento inadequado dos usuários. Essa situação, frequentemente resultante da alta demanda por atendimento, gera conflitos que envolvem questões éticas médicas. Quando a renovação das receitas ocorre repetidamente sem a avaliação da eficácia do tratamento medicamentoso, pode trazer prejuízos significativos para os usuários.

Lírio também enfatiza a responsabilidade do médico ao assinar e carimbar uma receita, sem a presença do usuário, ressaltando que qualquer problema resultante dessa ação pode ter implicações legais. Essa preocupação está alinhada

com os estudos de Gomes *et al.* (2021), que apontam a prescrição médica como uma parte essencial do ato médico, o qual pressupõe a realização de uma consulta. Assim, a renovação automática de receitas apresenta um dilema ético-legal.

Deste modo, os resultados apontam para a necessidade de rever a prática da renovação de receitas com vistas a garantir a continuidade do cuidado e a adoção da conduta terapêutica mais adequada para a condição de saúde de cada usuário.

6.4.4 Habilidades e conhecimentos

Quanto ao tipo de conhecimento sobre a Hipertensão utilizado pelas equipes para aplicar no campo de trabalho, bem como a forma de aquisição deste, fica evidente que é um conhecimento empírico e prático. Este conhecimento foi adquirido ou através da prática do cuidado em saúde considerando a realidade local ou repassado de profissionais, da mesma categoria, para outros profissionais. Esta forma de gerar conhecimento gerou frustração, angústia e indignação entre os profissionais, evidenciados nas falas dos participantes.

O caso da experiência se adquire fazendo. Você sai cheio de expectativas, mas, quando chega, a situação muda tudo (Lírio).

Você sai da faculdade querendo usar os melhores medicamentos. Mas, [...] quando estava em um lugar onde as pessoas tinham maior poder aquisitivo, podiam fazer isso. Se eu fizer isso aqui, vai todo mundo acabar tendo infarto ou AVC. Eu tenho medicamentos bons, mas sou muito limitado ao que tenho disponível aqui e ao que sei que o paciente conseguirá comprar, ou não. Então, ter a noção de onde você está faz toda a diferença (Cravo).

Quando eu comecei, em 2005, quem me ajudou foi uma colega. Desde o primeiro momento em que cheguei lá, ela conversou comigo e começou a fazer um mapeamento. Nós saímos para visitar as casas, e ela me acompanhou em todas elas. Sou muito grato a ela. Tudo que aprendi foi através dela (Lisianto).

Quando saí da vigilância e me tornei agente de saúde, foi a pior experiência da minha vida. Simplesmente chegaram e disseram: 'Você é agente de saúde a partir de amanhã. Aqui está o seu tablet, e se vire.' Não falaram nada comigo. Ohh! Se não fosse pelas meninas da equipe, que tiveram a paciência de me ensinar o que eu posso e o que não posso fazer, o que é tarefa do agente e o que é tarefa do enfermeiro, eu não teria conseguido. [...] Porque, nossa, foi horrível a

minha transição. Foi um remando, remando, afogando, subindo. Foi assim, ninguém chegou perto de mim e disse: 'Ohh, você vai ficar com fulano, e fulano vai te passar todo o serviço (Suculenta).

Ela foi comigo de casa em casa nas primeiras visitas, me mostrando como tudo funcionava, o que era a hipertensão e quais remédios o paciente tomava; foi uma experiência prática, com a mão na massa. Tínhamos tido uma semana de teoria. Então, realmente, foi a Gardênia quem me ajudou na prática (Hortênciã).

Foram alguns dias de experiência [...] mas nossa vida diária aconteceu na casa do paciente. E a gente até pensava: será que vou dar conta disso? (Girassol).

O conhecimento dos profissionais das equipes de ESF é composto por uma diversidade de saberes e habilidades que interagem entre si para garantir o cuidado dos usuários. De acordo com Rios *et al.* (2007) esse conhecimento pode ser adquirido tanto pela experiência prática quanto pelo conhecimento científico.

De acordo com os participantes, a ciência e a prática às vezes se chocam, e exigem um ajuste à realidade local. Neste sentido, a orientação prática e o suporte de colegas são fundamentais para essa adaptação, que é contínua. Este achado está em consonância com os estudos de Rios *et al.* (2007) que se referem à produção de conhecimento que ocorre por meio das relações entre os sujeitos, onde o saber empírico gera novos entendimentos a partir das dificuldades que surgem no cotidiano.

Ainda, segundo o relato de Cravo e Lírio, a experiência prática em campo e a consciência do contexto e das condições locais transformam o conhecimento e são essenciais para superar desafios e aplicar efetivamente o conhecimento teórico. Assim, as experiências humanas emergem como uma fonte poderosa de conhecimento, e os processos de construção desse saber se desenvolvem a partir das interações humanas e da integração entre o conhecimento empírico e científico, conforme citado por Vasconcellos, Vieira e Goldsztajn (2021), Pires e Lacerda (2016).

Em suma, os relatos sugerem que não há, no campo de trabalho atual dos participantes, um processo de educação permanente: o aprendizado teórico foi no momento da graduação ou, no caso dos ACS's, quando aconteceu, foi através de um curso introdutório. Neste sentido, nota-se que o conhecimento utilizado pelas equipes para o cuidado aos usuários com hipertensão arterial é, predominantemente, empírico.

Diante da compreensão de que o conhecimento adquirido pelas equipes foi de maneira prática e empírica, as equipes validaram como necessidade de conhecimento, através de um processo de educação permanente: atualização contínua sobre o sistema de informação (e-sus AB), treinamento introdutório para todo profissional que ingressar no serviço (todas as categorias), técnicas de boa comunicação, ações de promoção da saúde, ferramentas de planejamento e gestão e, especialmente, como cuidar de usuários com hipertensão arterial na APS seguindo os protocolos do Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Medicina - listagem registrada no Apêndice 1. Além disso, as equipes também propuseram a criação de um protocolo municipal para o cuidado de usuários com hipertensão arterial na APS, a ser desenvolvido de maneira participativa, compartilhada e dialogada entre as equipes de ESF do município após a realização de um curso sobre o tema.

É importante um treinamento introdutório para quem entra, para quem chega. Igual quando cheguei, eu tinha dificuldades, e as meninas me ajudaram. Vejo que ela está passando pela mesma situação que eu passei (Suculenta).

Comunicar. Toda reunião vem essa questão de comunicação (Suculenta).

É necessário acolhimento, não apenas da enfermagem, mas também de toda a equipe. No caso, de uma escuta qualificada [...] que não deve ser exclusiva do enfermeiro (Jasmim).

Olha, voltando à questão da promoção, pode ser que, ao discutirmos sobre promoção da saúde, consigamos identificar o que é melhor para cada equipe (Suculenta).

Os resultados apontam para a importância da educação permanente como um processo promotor de mudanças e reconfigurações nas práticas de trabalho em saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços oferecidos e a eficácia das intervenções. Em resumo, a educação permanente deve ser um processo contínuo de aprendizado e adaptação, fundamental para a inovação e melhoria na área da saúde onde todos aprendem pela experiência coletiva (Amaral *et al.*, 2021; Escalda; Parreira, 2018; Mehry *et al.*, 2019).

6.4.5 Relações interpessoais com usuários

As relações interpessoais com os usuários foi outra subcategoria bastante significativa nos relatos.

Antes, nós tínhamos um acolhimento maior da população (Cravo).

Porque, na casa, temos uma ligação com a família, entre a família e o médico (Gardênia).

[...] Porque, estando dentro da casa, você consegue ver a realidade (Girassol).

[...] O olhar do agente de saúde, que conhece o que está acontecendo na família [...] porque estamos mais presentes na casa deles, então temos esse olhar clínico. Por exemplo, percebemos que o paciente está passando por um pico hipertensivo porque perdeu um ente querido, ou está muito preocupado porque alguém próximo está com câncer [...] pois é o agente de saúde que está lá (Girassol).

Neste contato com os usuários, o trabalhador deve despir-se de toda e qualquer arrogância e prepotência conferida a ele pelo cargo que ocupa.

Você tem que se despir perto do outro: estou aqui para te ajudar. Em que posso te ajudar? Você tem um exame pendente? Como é? Quando você entregou? Posso ajudar dessa forma?' Mas, se você se coloca em um patamar superior, olhando de cima para baixo, o paciente já vai pensar: 'Ué, o que essa pessoa está fazendo aqui em casa? (Girassol).

[O usuário] pediu ajuda: eu não estou bem, minha pressão está toda descontrolada, será que você pode me ajudar? É ter esse olhar de cuidado, entende? Ou então: venha cá, sente aqui, vou pedir para alguém aferir sua pressão. É esse olhar de carinho que deveríamos ter no acolhimento (Girassol).

Os participantes citam o acolhimento à demanda espontânea como uma ferramenta potente para fortalecer o contato e o vínculo do trabalhador com o usuário. Mas fica evidente no discurso de revolta e indignação dos participantes que o acolhimento não está efetivo e resolutivo, tão pouco garante a acessibilidade dos usuários ao serviço.

Porque, na verdade, o paciente não é meu, ele é da comunidade [...] (Girassol).

Eu acho que não acaba sendo realmente humanizado, principalmente em situações de superlotação. Nos dias em que está realmente muito cheio, precisamos de mais tempo com o paciente para entender, saber classificar... acabamos deixando de fazer essa escuta qualificada [...] (Jasmim).

As habilidades de comunicação são também valorizadas como estratégia de criação de vínculos – como demonstrado pela maneira descontraída com que os ACS's interagem com os usuários.

E a gente vai lá no povão e pergunta: tudo bem com você?? Você está com o bicho no pé? Está tudo bem na sua casa? E seus filhos, estão bem? É assim, é povo!!! [...] (Girassol).

Nesta comunicação, os participantes utilizam também da linguagem não escrita, ou seja, com imagens, para orientar os usuários com hipertensão arterial de maneira clara e acessível. São utilizadas estratégias simples e lúdicas como separar medicações em caixinhas com desenhos de sol e lua, representando o horário das medicações.

[...] As caixinhas lúdicas, com sol, lua e comida, ajudam o paciente a saber qual horário deve tomar os medicamentos. A maioria fica em casa sozinha, os filhos trabalham ou não têm filhos. Para os meus pacientes, eu fiz uma caixinha com o sol para tomar de manhã, a lua para à noite e uma comida para a hora do almoço. A gente separa os medicamentos, corta bonitinho e coloca dentro das caixinhas. Assim, toda semana, vamos lá, conferimos a quantidade e fazemos as contas. Se percebermos que estão tomando errado, perguntamos: 'Como você tomou essa semana?' Aí eles contam: esse eu tomei assim, assim e assim. Ah, nesse dia você tomou errado! Então, a gente vai conversando e perguntando sempre (Suculenta).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, preconiza que os profissionais da ESF devem estabelecer vínculos com a população adscrita. Conceito que remete à ideia de cuidado longitudinal, aquele que “pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo” (Starfield, 2002, p. 62). Desta forma, a longitudinalidade, no contexto da APS, refere-se à relação pessoal, contínua e duradoura entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas

unidades de saúde. O vínculo é construído a partir do trabalho vivo em ato, no encontro entre o trabalhador e o usuário – ambos sujeitos da produção de saúde – por meio do uso de tecnologias leves, que privilegiam abordagens mais relacionais. (Brasil, 2017; Merhy; Franco, 2003; Starfield, 2002).

Esse cuidado longitudinal baseado no estabelecimento de vínculo, de acordo com Pimentel (2011) e Merhy e Franco (2003), exige uma relação humana estreita entre as equipes e os usuários, envolvendo a compreensão das subjetividades através das múltiplas inter-relações que ocorrem no encontro entre trabalhador e usuário. Neste contexto, os resultados apontam que os participantes compreendem a importância do vínculo entre a equipe de saúde, especialmente dos ACS's, e as famílias que eles atendem, assim como o envolvimento direto desses profissionais nas casas das pessoas lhes permite compreender melhor a realidade e as necessidades das famílias.

Assim, ainda em Merhy *et al.* (2019), é neste encontro, onde o cuidado é mais territorializado, o mais próximo de onde a vida é produzida, que impera a força-valor governo de si e do outro. Neste espaço há um emaranhado de relações, em que todos os envolvidos com a produção do cuidado exercem, em alguma medida, o governo de si e o governo do outro. Para os profissionais, estar próximo, conhecer a vida, entender as relações e os movimentos podem servir, ao mesmo tempo, para cuidar melhor e para melhor controlar.

É neste contexto que o vínculo estabelecido entre a equipe e o usuário pode contribuir para mudanças nos padrões de comportamento e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos usuários. Essa relação, quando harmoniosa, faz com que os profissionais se sintam mais seguros no momento da produção do cuidado, sabendo que influenciam na criação de hábitos saudáveis e no estímulo ao autocuidado na vida das pessoas. Assim, trabalho vivo em ato acontece e sujeitos envolvidos na produção do cuidado exercem o governo de si, com alto grau de autonomia (Assis *et al.*, 2020; Merhy *et al.*, 2019).

Girassol destaca, ainda, sobre a necessidade de empatia e de se conectar genuinamente com o usuário, deixando de lado qualquer formalidade ou soberba. Assim como Moraes, Corvino e Moraes (2023), Merhy e Franco (2003), Girassol acredita que é necessário ter empatia e se colocar no lugar do outro, questionando-se sobre como o profissional de saúde gostaria de ser tratado caso estivesse na mesma situação, além de buscar alternativas e pensar no que mais pode ser feito para

ajudar o usuário. Deste modo, a empatia torna-se uma ferramenta de trabalho subjetiva – tecnologia leve - indispensável na construção do vínculo e confiança.

Merhy *et al.* (2019) complementam com outras características das tecnologias leves – além da empatia - que correspondem a tudo o que é utilizado para favorecer o encontro entre trabalhador e usuário – escuta, reconhecimento, porosidade, conhecimentos oriundos da experiência e agência – e que surgem a partir dessas interações. Assim, ao reconhecer que o trabalho em saúde ocorre em encontros onde as partes se influenciam mutuamente, torna-se essencial validar os saberes, valores e desejos que mobilizam tanto os diferentes trabalhadores de saúde quanto os usuários, respeitando a legitimidade dessas perspectivas.

Outra maneira de construir vínculo com os usuários é o Acolhimento à Demanda Espontânea. Acolhimento, segundo Brasil (2013), Caderno de Atenção Básica, n. 28, é uma prática constitutiva das relações de cuidado presente nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas. Neste espaço, a escuta qualificada permite que os profissionais compreendam as queixas e histórias dos usuários, facilitando o acesso do usuário e aumentando a resolutividade do serviço. Desta forma, o acolhimento deve ser humanizado, o que, de acordo com Moraes, Corvino e Moraes (2023) e Carvalho *et al.* (2024), envolve a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de suas queixas e angústias, a garantia de acesso, assistência resolutiva e articulação com outros serviços para a continuidade do cuidado.

Para o acolhimento humanizado, Girassol destaca o "olhar de carinho", fundamental para assegurar que o usuário se sinta acolhido e bem atendido, contribuindo fortemente para um cuidado de excelência. Para Assis *et al.* (2020), Merhy e Franco (2003), Moraes, Corvino e Moraes (2023), o acolhimento e o vínculo estabelecidos no momento do “trabalho vivo em ato”, em que se define a produção do cuidado por meio da relação interpessoal, quando os profissionais se dedicam a conhecer e atender às necessidades dos usuários, respeitando sua autonomia e corresponsabilização, tornam-se motores de um cuidado de excelência. Além disso, as tecnologias relacionais também agregam valor à vida dos profissionais envolvidos no cuidado em saúde, ao possibilitar conexões intersubjetivas entre trabalhadores e usuários.

Contudo, Jasmim, apesar de reconhecer a importância do acolhimento humanizado, destaca que sua implementação pode ser dificultada por fatores como a

superlotação, que limita o tempo e a atenção dedicados a cada usuário. Esta organização do processo de trabalho remete à ideia de burocratização, de um processo de trabalho permeado por espaços intercessores preenchidos pela "voz" do trabalhador e pela "mudez" do usuário, de uma relação "objetal". Pode-se considerar, ainda, que esses espaços formados usam as "tecnologias duras," aquelas que adotam uma abordagem de cuidado mais fria, distante e frequentemente associada ao adoecimento (Castro, 2023; Malta; Merhy, 2003; Merhy; Franco, 2003).

Os participantes percebem que a falta de ética e a quebra de sigilo podem ser determinantes significativos no processo de trabalho em saúde, impactando negativamente a qualidade do cuidado oferecido aos usuários com hipertensão arterial. A falta de ética e a quebra de sigilo são fatores que causam revolta e indignação entre os participantes do grupo, pois comprometem a confiança do usuário nos profissionais e na equipe.

Porque a partir do momento que você decidiu ser da área de saúde, você não foi obrigado a isso, não foi obrigado [...] Nesse momento, você aceitou as condições. Se eu vou na casa do paciente, se ele me contou uma coisa, é entre eu e ele [...] (Girassol).

A questão da ética é muito, muito séria, porque não está tendo [...] (Suculenta).

Os resultados apontam também para uma preocupação dos participantes com as questões éticas no trabalho. Quando os princípios éticos são violados, há um impacto negativo substancial na qualidade do atendimento prestado aos usuários com hipertensão arterial. Isso leva à ruptura da relação de confiança entre o usuário, o profissional e a equipe, comprometendo a produção do cuidado. Os participantes destacam que a escolha de trabalhar na área da saúde vem com uma responsabilidade ética intrínseca.

A ética e a preservação do sigilo são fundamentais no processo de trabalho da ESF, e as atitudes dos profissionais que devem seguir os respectivos códigos de ética de cada categoria (Brasil, 1986; CFM, 2018; Contacs Brasil, 2014) e Alves *et al.* (2023) reforçam essa necessidade, preconizando que os valores éticos norteiam e orientam as decisões coletivas e a gestão do conhecimento comum dos membros das equipes de ESF.

Neste contexto, conforme apontam Merhy *et al.* (2019), emerge a força-valor governo de si e do outro que tensiona a disciplinarizar o usuário, com elementos que intensificam a força-valor 'governo do outro' na dobra governo da vida. Assim, os trabalhadores orientam suas práticas considerando, apenas, as metas gerando possíveis distorções na produção do cuidado.

A chave para construir e manter um vínculo forte entre trabalhadores e usuários é a comunicação. Ela estabelece uma base de confiança, facilita a compreensão mútua e cria espaços intercessores para a produção do cuidado. Uma boa comunicação facilita a construção de relacionamentos e fortalece o vínculo entre os profissionais da ESF e os usuários. Assim, as habilidades para estabelecer vínculos são diretamente influenciadas pelas competências de comunicação. A comunicação, em sua diversidade de linguagens possíveis, compreende, para além da voz, a escrita, as imagens, o comportamento, o olhar e a posição de escuta (Martins *et al.*, 2024; Rolim, 2019).

Neste sentido, os resultados apontam para a importância de uma abordagem simples, direta e próxima ao lidar com a comunidade. Girassol ao usar a expressão "É assim, é povo!!!" reforça a ideia de que o atendimento à saúde deve ser adaptado à realidade e à cultura das pessoas que estão sendo atendidas, respeitando suas formas de falar, viver e entender o mundo.

A utilização da linguagem não escrita demonstra-se como outra das boas estratégias de comunicação. Suculenta se refere às equipes que adotam uma abordagem personalizada, educativa e criativa que facilita o entendimento e a independência dos usuários no manejo de seus medicamentos. Essa é uma estratégia que ajuda a superar as barreiras de conhecimento e melhorar a compreensão dos usuários sobre as informações e orientações relacionadas à produção do cuidado. Ao utilizar um repertório de ação diversificado, estratégico e criativo, voltado tanto para a intervenção direta com os usuários, como para a busca de apoio junto a outros profissionais e a familiares, mostra-se como uma boa estratégia para superar as barreiras dos usuários (Nascimento; Borges, 2020; Rolim, 2019).

Nesse contexto, conforme apontado por Malta e Merhy (2003), Merhy e Franco (2003), o processo de trabalho em saúde, enquanto micropolítica, pode ser um espaço estratégico de forças que tencionam para a transformação, direcionado não pelo modelo médico-hegemônico, mas pela ética do compromisso com a vida e por uma postura acolhedora. Para isso, a adoção da "interseção partilhada," onde as

interações promovem a formação de vínculos que buscam resolutividade e incentivam a autonomia dos usuários, é essencial. Assim, a força-valor cuidado “agencia o usuário como protagonista na produção de sua existência e como legítimos seus modos de sentir e enfrentar sofrimentos, problemas e dificuldades” (Merhy *et al.*, 2019, p. 78).

Os ACS percebem o cuidado aos usuários com hipertensão arterial com diferentes afetos e potências. Estes podem sentir-se tão potentes quanto sobrecarregados e experimentam o sentimento de culpa, impotência e reações de prazer e desprazer evidenciado pela angústia na fala dos participantes.

Mas, no final das contas, o paciente diz: Ah, você não fez a minha receita. Não fez a receita de hipertensão, não marcou para mim, não trouxe o material para o curativo. É uma verdadeira falação. [...] (Margarida).

Nossa!! esse paciente tem faixa etária tal, será que ele tomou a vacina? É um desatino, porque sofremos com isso, pois é o nosso trabalho. É como o Lisianto disse: é um compromisso, um compromisso com o outro. Quando surge uma doença do nada na nossa área, é nossa culpa. Você que não fiscalizou, você que não organizou. Uma criança chega aqui com 10 dias e não fez o teste do pezinho; é sua culpa, você que não acompanhou, que não acompanhou a gestação. Você não foi lá! [...] (Girassol).

Apesar das dificuldades que encontramos pelo caminho [...] Como mencionei sobre o enfermeiro, ele ajuda bastante[...] (Suculenta).

A promoção do cuidado aliado ao vínculo e a compreensão das vivências dos usuários pode tornar-se um fardo, quando não compartilhado ou suportado pelos membros das equipes, ou uma potencialidade na construção do cuidado quando há a integração e o cuidado compartilhado (Escalda; Parreira, 2018; Pimentel, 2011).

Os resultados demonstram que os profissionais da ESF enfrentam no cotidiano do trabalho pressões e desafios, especialmente em relação às expectativas e responsabilidades atribuídas a eles pelos usuários. Isso reflete a intensidade do compromisso dos profissionais com a saúde da comunidade, mas também a carga emocional e o estresse que isso pode gerar.

Contudo, Suculenta destaca o apoio mútuo dentro da equipe, apesar dos desafios, ela demonstra orgulho na competência da equipe, sugerindo que, apesar

das adversidades, ainda conseguem produzir saúde de qualidade. Nessa perspectiva, emerge o trabalho colaborativo como potencializador do processo de trabalho (Escalda; Parreira, 2018).

Nesta dimensão, Martins *et al.* (2024) referem-se ao trabalho colaborativo na ESF que envolve uma complexa gama de subjetividades. É um processo dinâmico, influenciado por diversas variáveis perceptíveis através das pistas observadas, sentidas e criadas com os participantes. A subjetividade do trabalho colaborativo pode, às vezes, aprisionar em realidades estabelecidas, mas também pode potencializar a vida, o novo e a invenção.

Deste modo, o trabalho colaborativo, determinado pela subjetividade dos profissionais, é fundamental para superar obstáculos do cotidiano e potencializar a resiliência dos profissionais em continuar proporcionando um cuidado de qualidade, apesar das dificuldades (Escalda; Parreira, 2018; Martins *et al.*, 2024; Merhy; Franco, 2003).

Assim, subjetividade dos profissionais que permeia o trabalho colaborativo, inicialmente moldada por fatores sociais e tecnológicos com os processos de subjetivação, desempenha um papel fundamental na formação dos valores e condutas dos indivíduos. Isso influencia tanto suas relações interpessoais quanto a qualidade do trabalho realizado. Nesse contexto, a integração e o estabelecimento de vínculos entre os membros da equipe são fundamentais, pois promovem encontros e interações que fortalecem o trabalho interprofissional e a prática colaborativa. No entanto, quando surgem conflitos e distanciamento entre os membros, o processo de trabalho se torna frágil, comprometido e menos produtivo. A criação de vínculos facilita a comunicação aberta, essencial no processo de trabalho colaborativo (Escalda; Parreira, 2018; Merhy; Franco, 2003).

Essa abordagem permite vislumbrar o trabalho em equipe colaborativo, revelando a existência de "linhas flexíveis" dentro da ESF. As "linhas flexíveis" referem-se às demandas e à tecnologia leve que orientam o cuidado, possibilitando adaptações e ajustes no processo de trabalho. Esse trabalho, onde os membros estão interligados e dependem uns dos outros, forma uma rede coesa e forte, podendo ser comparado a uma corrente (Martins *et al.*, 2024). Nesse contexto, emergem as relações interpessoais dentro das equipes de ESF.

6.4.6 Relações interpessoais dentro da equipe

No que diz respeito às relações interpessoais dentro das equipes, os participantes percebem que elas variam entre diferentes tons e níveis de interação. Surgiram descrições que vão desde "ótimo" e "boa" até "meia boca" e "triste", passando por termos como "feia", "boba" e "já tiveram tempos melhores". Houve relatos de quebra de hierarquia, falta de humildade para ouvir o outro e dificuldade de comunicação intraequipe como fatores que interferem nas relações interpessoais. Durante o debate, os discursos foram marcados por sentimento de indignação, revolta e uma sensação de impotência.

Complicado, a palavra, porque algumas pessoas não sabem respeitar a hierarquia e confundem diversas coisas, como a vida pessoal e as amizades. Elas pensam: ah, sou amiga de alguém importante, então posso fazer o que quiser. Isso resulta em não cumprir o trabalho, chegando a hora que querem, saindo quando desejam, sem se importar com as regras [...] Essa falta de respeito pela hierarquia atrapalha todo o serviço. Não é necessário gostar da pessoa, mas é fundamental respeitar o ambiente de trabalho e cumprir as atividades propostas. Esse é o dever de cada um (Jasmim).

[...] Ó!!! o fulano [membro da equipe], está trazendo uma informação importante. Vamos ouvir o que ele tem a dizer. Mas, onde não há humildade, a situação fica complicada (Gardênia).

Nós não temos comunicação na nossa equipe, não existe comunicação (Amor Perfeito).

Acredito que precisamos melhorar a nossa comunicação como profissionais, pois todos aqui são da área. Precisamos dizer: olha, enfermeiro, isso não está funcionando por causa disso. Vamos nos colocar no nível do paciente e ver o que podemos melhorar? Afinal, não estamos aqui para brincar (Girassol).

Por outro lado a união da categoria profissional ACS demonstra-se como um instrumento primordial na composição do trabalho. É unânime que esta categoria busca a colaboração e a ajuda mútua para a realização do trabalho, evitando, assim, uma visibilidade negativa, pela comunidade, sobre o trabalho dos ACS's. Esta forma de condução do processo de trabalho confere aos membros da equipe orgulho e pertencimento, enquanto a colaboração mútua cria um ambiente seguro e de confiança, evidenciado pelo clima amistoso quando o tema é discutido.

Eu acho que a união entre os agentes de saúde é muito importante. Os agentes sempre interagem uns com os outros e estão prontos para ajudar. A gente se defende mutuamente, mesmo sabendo que há alguns deslizes e erros por aí (Girassol).

[...] Também temos a coragem de dizer: você está errado! Isso não está certo! Mas eu te defendi. Fique atento, porque da próxima vez não vou te defender. Somos muito pau pra toda obra entre nós. Podemos até brigar, mas se alguém vier falar mal, nós nos defendemos. É uma turma unida, nunca vi uma equipe assim, e olha que já trabalhei em muitos lugares (Suculenta).

A diversidade que marca os membros da equipe é constatada através das diferentes maneiras de pensar e agir - diversidade que é vista como um elemento que enriquece a qualidade do cuidado ofertado aos usuários com hipertensão arterial, desde que estas diferenças sejam respeitadas e bem conduzidas.

A equipe tem sete pessoas, então cada um tem um pensamento e opiniões diferentes sobre cada assunto. Cada um age de uma maneira. A questão é como cada um vai conduzir isso. Como cada médico da equipe vai levar essa situação adiante: como se fala, como se pede, como se organiza. Eu não concordo com a Gardênia, ela não concorda com você, e o Cravo não concorda comigo, e assim por diante, porque somos realmente diferentes. O que importa é como vamos lidar com essas situações (Suculenta).

Adotando uma visão mais abrangente e ampla, percebemos que há focos de incêndio para todos os lados [...] As pessoas tendem a fazer comparações. Às vezes, o enfermeiro da equipe A é mais proativo e realiza mais atividades, enquanto o enfermeiro da equipe B é mais inclinado a delegar tarefas. Não estou dizendo que alguém está errado, cada um tem seu próprio estilo. E assim surgem os murmúrios: ah, porque a enfermeira A faz tudo, e a minha não faz. Mas não se trata de ser ruim ou bom, é uma questão de perfil profissional (Narciso).

Igual a gente está aqui, cada um tem um objetivo e uma cultura diferente. Não posso impor aos outros algo [...] (Girassol).

Assim, ao reconhecer a diversidade, observa-se que vínculos interprofissionais de qualidade levam a melhores resultados no cuidado dos usuários hipertensos. A cooperação mútua impacta diretamente a dinâmica das equipes.

[...] a união da equipe é fundamental [...] É através do vínculo que conseguimos entender o que o paciente está enfrentando: ele está apenas apresentando um exame ou vem com alguma queixa? (Girassol).

Uma equipe que trabalha unida terá ótimos resultados [...] (Discurso apaziguador) (Margarida).

O reconhecimento das singularidades de cada membro da equipe – primeiro fundamento do respeito mútuo – é construído com o tempo de convivência, favorecido pela estabilidade das equipes e prejudicado pela rotatividade profissional.

A minha relação com as agentes é muito boa; na minha equipe, a gente interage muito bem. Acho que isso também se deve ao fato de eu trabalhar aqui há mais tempo. Tem três agentes com quem já trabalho há seis anos. Assim, já criei um vínculo com elas, eu até sei quando estão de TPM. Tem dias em que não é bom conversar com elas. Então eu deixo, percebo que não estão em um dia de conversa e, por isso, saio de perto (discurso condescendente) (Adonis).

Da alta rotatividade profissional, de modo geral [...] a minha equipe passou por muitas mudanças no início. Até conseguirmos estabilizar e formar uma equipe coesa, houve várias alterações. No início, havia uma equipe, com alguns agentes e um enfermeiro que eram coesos, mas não havia um médico fixo, e isso não adiantava. Nós éramos o espelho um do outro, então, acabava que tínhamos duas equipes que não funcionavam: uma porque havia muita rotatividade entre agentes, enfermeiros e técnicos, e a outra porque não havia um médico que ficasse. Assim, até conseguirmos entender como cada um trabalha e como está a comunidade em que estamos inseridos, isso dificulta (Cravo).

O trabalho na área da saúde é, em sua essência, um esforço coletivo – trabalho em equipe - onde a colaboração entre diferentes profissionais é fundamental para a produção do cuidado em saúde. Para Peduzzi e Agreli (2018) o trabalho em equipe interprofissional é definido como a colaboração entre diversos profissionais que compartilham um senso de pertencimento ao grupo e atuam de forma integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde.

Assim, como em Merhy *et al.* (2019), para trabalhar em equipe, não basta reunir em um mesmo espaço uma diversidade de trabalhadores, nem atribuir a eles

tarefas que se entrecruzam, tampouco estabelecer normativamente que se deve trabalhar em equipe e até reservar um tempo para que se reúnam. Equipe tem a ver com o reconhecimento de que todos governam e, portanto, toda a construção da dinâmica do trabalho em saúde precisa ser feita de modo compartilhado. Nesse ambiente de construção compartilhada é essencial que haja a compreensão das relações interpessoais.

Neste sentido, Heidemann *et al.* (2023) e Figueredo *et al.* (2022) argumentam que as relações interpessoais dependem de um diálogo contínuo e aberto, no qual o conhecimento e as ações são compartilhados e construídos de maneira colaborativa. A compreensão dos diferentes pontos de vista, moldados por aspectos culturais, crenças e personalidades diversas, apresenta desafios significativos. O reconhecimento e a valorização do papel de cada membro da equipe tornam-se fundamentais para fortalecer os vínculos entre os profissionais. Assim, reconhecer e valorizar essas relações interpessoais dentro da equipe é essencial para o desenvolvimento dos princípios da ESF, contribuindo para a reorientação do modelo de atenção à saúde, em busca da integralidade e da promoção da saúde.

Neste contexto, os resultados revelam uma grande variação na intensidade das relações interpessoais dentro das equipes. Jasmim expressa frustração com a falta de respeito à hierarquia, o que sugere que ela defende uma dinâmica de trabalho marcada por relações rígidas de hierarquia, subordinação, burocratização e divisão técnica do trabalho. Esses aspectos indicam um modelo de trabalho instrumental e objetivo, contrário às ideias de Pimentel (2011), Merhy e Franco (2003).

No entanto, Gardênia aponta que, neste modelo de processo de trabalho, a falta de humildade dificulta a aceitação e a colaboração entre os colegas, portanto, cria um ambiente de trabalho onde a cooperação e o respeito ficam comprometidos. Este pensamento corrobora os estudos de Pimentel (2011), Merhy e Franco (2003) que se referem ao trato dos relacionamentos interpessoais de maneira instrumental como uma forma de dominação – hegemonia do trabalho morto sobre o trabalho vivo – a qual gera resultados limitados e perversos, tanto para o bem estar dos indivíduos no trabalho quanto para a produtividade. Ainda, segundo Martins *et al.* (2024), o uso concentrado desta tecnologia dura impacta negativamente a colaboração entre a equipe e a qualidade da assistência prestada. Aqui, segundo Merhy *et al.* (2019), expressa uma força-valor trabalho onde uns têm voz e outros não, imperando as relações de poder.

Contudo, a união entre os ACS's foi destacada como instrumento primordial na composição do trabalho. A união e a solidariedade entre os agentes de saúde em seu ambiente de trabalho, onde atitudes como lealdade, apoio mútuo e correção entre colegas reforçam a coesão do grupo. A abordagem colaborativa no trabalho reúne profissionais que compartilham um forte senso de pertencimento à equipe, atuando de forma integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde dos usuários, como defendem alguns autores (Barbosa *et al.*, 2022; Escalda; Parreira, 2018).

Há ainda a questão crítica da comunicação, destacada por Amor Perfeito e Girassol, como um desafio dentro da equipe, quando eles afirmam que há uma comunicação efetiva entre os membros. A comunicação é um eixo transversal do trabalho em saúde. Toda comunicação entre profissionais de diferentes áreas é caracterizada como comunicação interprofissional e coexiste com a comunicação pessoal, que se manifesta nas trocas e interações relacionadas a outras esferas da vida e das práticas de saúde. A comunicação interprofissional exige a criação de um ambiente seguro, onde a interação ocorre sem constrangimentos, possibilitando o compartilhamento de ideias, dúvidas e conhecimentos. Assim, a comunicação e a escuta produzem processos que fortalecem o diálogo e a reflexão crítica sobre as práticas de saúde, destacando a subjetividade e sendo expressos e potencializados pela voz, comportamento, olhar e posição de escuta (Amaral *et al.*, 2021; Martins *et al.*, 2024; Peduzzi; Agreli, 2018; Prado *et al.*, 2023).

Segundo Amaral *et al.* (2021), a ausência de uma comunicação bem estabelecida é percebida como gerador de um processo de trabalho conflituoso. Girassol sugere que essa problemática poderia ser atenuada com a melhoria na comunicação. Esse pensamento está alinhado com Martins *et al.* (2024) que argumentam que, quando os membros de uma equipe têm espaço para se expressar e comunicar, as relações tendem a se tornar mais dinâmicas. Dessa forma, comunicação e a escuta produzem processos que realçam a subjetividade e são expressados e potencializados.

Outro ponto fundamental expressado pelos participantes foram as dinâmicas dos relacionamentos – das quais faz parte a comunicação - destacando as diferenças individuais e como essas influenciam a condução das ações na produção do cuidado em saúde. “As condições em que ocorrem os relacionamentos interpessoais definem

a forma de convivência entre os seres humanos, que são seres de relações” (Pimentel, 2011, p. 108).

Neste sentido, as relações interpessoais influenciam diretamente a organização do processo de trabalho nas equipes de ESF. Elas são determinantes nos modos de sentir e agir dos profissionais, e, dependendo de como são gerenciadas, podem tanto apresentar desafios quanto fortalecer e potencializar o trabalho em equipe (Escalda; Parreira, 2018; Pimentel, 2011).

Assim como enfatizam Escalda; Parreira (2018), Mehry *et al.* (2019), Martins *et al.* (2024), Pimentel (2011), a equipe de ESF é composta por diferentes viventes que ocupam aquele espaço intercessor de trabalho, cada um trazendo consigo a subjetividade moldada por suas experiências de vida e sua trajetória pessoal. Essas vivências influenciam como cada membro se insere e contribui no contexto do trabalho. Desta forma, o reconhecimento da singularidade de cada profissional da ESF é essencial para fortalecer o respeito mútuo e a coesão dentro da equipe. Cada membro contribui com experiências, perspectivas e habilidades únicas que, quando valorizadas, enriquecem o trabalho coletivo e elevam a qualidade do cuidado oferecido aos usuários. Esse reconhecimento favorece um ambiente de trabalho mais harmonioso, onde a diversidade é apreciada como um recurso valioso para a prática em saúde.

Fica evidenciado na fala de Adonis que o reconhecimento das singularidades de cada membro da equipe é construído com o tempo de convivência e favorecido pela estabilidade das equipes. Contudo, a rotatividade de profissionais pode comprometer essa construção, conforme destacado por Cravo, pois a falta de estabilidade dificulta a coesão e o funcionamento eficiente da equipe, impedindo o desenvolvimento do respeito mútuo e o reconhecimento das particularidades de cada indivíduo.

A estabilidade ou fixação do profissional na atenção básica é uma das propostas do modelo de ESF estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica. Contudo, a rotatividade de profissionais na ESF dificulta o estabelecimento de vínculos interprofissionais sólidos, prejudicando a continuidade do cuidado e a coesão da equipe. A troca frequente de membros compromete a construção de relações de confiança e a colaboração entre os profissionais, essenciais para uma atuação integrada e colaborativa (Alves *et al.*, 2023; Brasil, 2017; Kanno *et al.*, 2023).

Deste modo, a variação na intensidade das relações interpessoais dentro das equipes encontrada revela, ainda, um campo de disputas tensionado pela força-valor trabalho em equipe que, na perspectiva de Merhy *et al.* (2019), é tensionado por duas forças: uma que se limita a encontros formais e hierárquicos, com pouca capacidade de superar tensões e diferenças, o que pode gerar conflitos e burocratização; e outro que promove o diálogo, favorecendo uma dinâmica mais colaborativa e integradora.

Assim, os resultados apontam que o processo de trabalho das equipes de ESF é bastante variável. Enquanto uma equipe apresenta um processo de trabalho robusto e bem organizado, as outras duas enfrentam dificuldades nessa organização. Nota-se que a equipe com o processo de trabalho mais organizado é aquela onde os profissionais têm um vínculo mais forte e, conseqüentemente, uma melhor relação interpessoal. Dessa forma, a relação interpessoal afeta diretamente a organização do processo de trabalho das equipes de ESF, já que o aspecto relacional, fundamental para a adoção de novas atitudes, pode tanto trazer desafios quanto potencializar o trabalho.

6.4.7 Relações interpessoais com políticos

As relações interpessoais com políticos são marcadas por desprazeres, frustrações e tensões. Todos os membros das equipes de ESF enfrentam desafios na organização do trabalho para oferecer cuidados aos usuários com hipertensão arterial, decorrentes de interferências políticas. Tal interferência compromete a autonomia dos profissionais para estabelecer e seguir regras, fluxos e protocolos, leva à desorganização do processo de trabalho e dificulta a articulação entre serviços, ações e profissionais. Esses fatores geram frustração, rancor e insegurança entre os membros das equipes. As reações de angústia, indignação e revolta dos participantes evidenciam o descontentamento dos profissionais com essas interferências externas.

Eu vou falar uma coisa forte, mas vou falar: aqui falta pulso. Seja na gestão de quem está acima, seja na nossa própria atuação, para afirmar: o protocolo é este, vai ser aceito, pronto, acabou. Não adianta vir o secretário de saúde, não adianta vir o prefeito, não adianta vir o Papa. Se o protocolo que instituímos é este, então vamos acatá-lo. Eu me incluo nessa também. Há falta de estabilidade financeira, instabilidade no emprego e falta de pulso firme em relação à equipe e aos protocolos. É isso (Narciso).

Porque há influência externa: o prefeito fala, o secretário de saúde fala. Às vezes, o secretário sofre pressão do prefeito, e o prefeito sofre pressão da comunidade. Aí eu tenho que ganhar votos [...] (Narciso).

E a falta de decisões é muito pela questão política. Não vou chamar atenção, não vou cobrar, porque sei que a pessoa vai reclamar com o vereador, vai reclamar com o prefeito, e vai virar aquela bola de neve. Então, vamos tapando o sol com a peneira e empurrando com a barriga (Suculenta).

Esse é um fator desagradável. A política nunca poderia entrar nessa seara [...] (Lírio).

A questão da interferência política existe, uai. A própria questão de ficar trocando pessoas o tempo inteiro é isso (Cravo).

Essas influências externas são exercidas pelo controle político sobre as equipes da ESF, sendo esse controle mantido, entre outros, por meio de vínculos empregatícios precários. Isso ocorre porque a incerteza do emprego cria um ambiente onde os profissionais se sentem vulneráveis e sujeitos a pressões externas. Observa-se que apenas um médico e um enfermeiro da ESF têm vínculo superior a quatro anos. A alta rotatividade de profissionais nas equipes de ESF, além disso, gera uma ruptura organizacional, prejudicando a organização do processo de trabalho e interferindo na formação de vínculos. Dessa forma, a falta de fixação de profissionais, especialmente médicos e enfermeiros, no município, é um fator determinante para a descontinuidade do cuidado aos usuários com hipertensão arterial.

Olha o que essa salada acaba fazendo: você não tem continuidade [...] e não consegue fidelizar o paciente com o médico, porque o médico não permanece (Cravo).

Alguns autores ressaltam os inúmeros desafios que as equipes de ESF enfrentam na organização do trabalho, devido às interferências políticas. Essas interferências comprometem a autonomia dos profissionais de saúde e prejudicam o cuidado oferecido aos usuários com hipertensão arterial (Assis *et al.*, 2020; Piperno; Dias, 2022). Os resultados apontaram que a interferência política é uma das principais razões para essa falta de decisão e firmeza, evidenciada pela fala de Narciso quando

ele crítica a falta de firmeza na implementação e no seguimento dos protocolos estabelecidos.

Os participantes demonstram, ainda, preocupação com o impacto negativo da política nas ações da equipe e na execução dos protocolos, comprometendo a qualidade da assistência ao usuário. Essa questão é agravada pela tradição política do país, que dificulta a dissociação entre as políticas públicas sociais e a política partidária e favorece rotatividade e o clientelismo (Assis *et al.*, 2020; Jardim *et al.*, 2022).

A política partidária, manifestada na contratação temporária de profissionais de saúde atrelada ao partido político no poder, é uma realidade comum em diversos cenários brasileiros, especialmente em cidades de pequeno porte. O controle político sobre os profissionais das equipes de ESF é exercido, especialmente, pela precariedade do vínculo empregatício. Essa situação revela uma alta rotatividade de profissionais devido às mudanças políticas, o que gera insegurança nos profissionais em relação à estabilidade de seu vínculo empregatício. Além disso, os vínculos empregatícios precários dificultam a construção de vínculos sólidos entre usuários e trabalhadores, que se refletirão de forma negativa na produção do cuidado em saúde (Assis *et al.*, 2020; Jardim *et al.*, 2022; Pimentel, 2011; Piperno; Dias, 2022).

A insegurança no emprego deixa os trabalhadores vulneráveis a pressões externas, limitando sua autonomia e estabilidade. Isso pode traduzir em mudanças frequentes como forma de enfrentamento de situações estressantes e resultar em desorganização do processo de trabalho. Assim, o vínculo de trabalho precário gera instabilidade dos profissionais reverberando em um desempenho mediano das equipes de ESF (Alves *et al.*, 2023; Jardim *et al.*, 2022; Pimentel, 2011).

Assim emerge, segundo Merhy *et al.* (2019), a força-valor trabalho onde os gestores, por meio de políticas institucionais, almejam governar os serviços, os trabalhadores e a população. Esse modelo aposta no controle sobre o trabalho vivo, ao desenvolver dispositivos para controlar e padronizar o trabalho segundo critérios a priori, produzindo trabalhadores e usuários tensos e insatisfeitos, esmagados e desobedientes, aprisionados e ameaçados.

Salienta-se que estas condições precárias de contratação dos profissionais de ESF impactam diretamente a percepção de sobrecarga de trabalho. Essa situação sublinha a importância da gestão em saúde desenvolver atividades que atendem às demandas subjetivas dos profissionais e criam espaços onde o compartilhamento e a

troca de experiências sejam valorizados. Neste contexto, priorizar a desprecarização do trabalho na ESF é essencial para a construção de um modelo centrado na integralidade do cuidado (Assis *et al.*, 2020; Carneiro *et al.*, 2023).

No entanto, “a legislação do SUS não prevê meios de estabilidade para os profissionais, especialmente médicos e enfermeiros são os que apresentam maior rotatividade nas equipes” (Piperno; Dias, 2022). Jardim *et al.* (2022) e Carneiro *et al.* (2023) sinalizam que os ACS possuem maior estabilidade e segurança, em comparação aos demais profissionais, especialmente enfermeiros e médicos.

Para enfrentar essa problemática, Gastão Wagner de Souza Campos, médico sanitário e defensor do SUS, propõe a criação de uma carreira nacional unificada para os profissionais de saúde do sistema. Ele enfatiza a importância de diretrizes padronizadas para todos os trabalhadores da saúde, independentemente de sua localidade de atuação (CEBES, 2024). Essa estratégia facilitaria o estabelecimento de vínculos, representados como laços de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população, promovendo, assim, o cuidado longitudinal. Neste sentido a força-valor trabalho favoreceria a produção do cuidado construída de modo coletivo e compartilhado (Merhy *et al.*, 2019; Pimentel, 2011).

O relacionamento interpessoal, embora seja uma característica pessoal de cada agente, marcada por seu modo particular de se relacionar com os outros, também pode ser entendido como uma ferramenta não material. Isso significa que, além de refletir traços individuais, o relacionamento interpessoal atua como um recurso capaz de facilitar a comunicação, promover a colaboração e fortalecer os vínculos entre trabalhadores e usuários, bem como entre os membros das equipes. Ele exerce uma influência direta na dinâmica dos grupos, impactando a eficiência, a produtividade e o clima organizacional (Merhy *et al.*, 2019; Merhy; Franco, 2003; Peduzzi; Agreli, 2018; Pimentel, 2011; Prado *et al.*, 2023).

É importante ressaltar que, como ferramenta não material, o relacionamento interpessoal pode ser aprendido e aprimorado. Ao reconhecê-lo como uma habilidade passível de desenvolvimento, abre-se espaço para a educação permanente, com o objetivo de habilitar os profissionais a interagir de maneira mais humanizada numa lógica compartilhada, onde todos aprendem pela experiência, coletivamente. Isso contribui para o fortalecimento do trabalho em equipe, a criação de ambientes colaborativos e a melhoria da qualidade do cuidado em saúde (Martins *et al.*, 2024; Merhy *et al.*, 2019; Pimentel, 2011).

Portanto, apesar de sua dimensão pessoal, o relacionamento interpessoal pode ser ensinado, praticado e utilizado intencionalmente como uma competência profissional. Essa abordagem reconhece que todos podem aprimorar sua capacidade de comunicação, compreender melhor o outro e construir relações saudáveis (Pimentel, 2011; Prado *et al.*, 2023).

Importante ainda ressaltar que, durante os respectivos grupos focais – de ACS's ou de médicos/enfermeiros - os ACS destacaram principalmente os aspectos relacionais do processo de trabalho, enfatizando as relações com os usuários e intra/inter equipes. Por outro lado, o grupo formado por médicos e enfermeiros apresentou uma abordagem mais técnica, focando questões, como procedimentos e protocolos clínicos.

Partindo do pressuposto de que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque dependente de Trabalho Vivo em ato, no momento em que este está sendo produzido, destaca-se o paradoxo revelado nos grupos focais. Para produzir cuidado na dimensão intersubjetiva — caracterizada pela interação horizontal e vinculada entre a equipe e o usuário — é essencial reconhecer os limites e possibilidades inerentes às categorias profissionais no contexto organizacional (Merhy; Franco, 2003; Pinto *et al.*, 2017).

Pinto *et al.* (2017) apontam que o ACS é protagonista em integralizar a aproximação intersubjetiva. Isso se deve ao diálogo por meio de conversas sobre problemas do cotidiano e a implicação social do ACS no território que a comunidade reconhece como possibilidade de parcerias e interações afetivas e emocionais ao compartilhar situações vividas. A vinculação desse profissional com a comunidade decorre de sua convivência com as mesmas dificuldades enfrentadas pela população que acompanha. Suas competências técnicas, assistenciais e de promoção da saúde se complementam com sua posição horizontal, permitindo o reconhecimento das singularidades da vida comunitária. Em contrapartida, os demais membros da equipe tendem a adotar uma abordagem mais diretiva e objetivante na produção do cuidado. Assim, enquanto os demais membros da equipe da ESF priorizam o tempo com o foco operacional na assistência ao usuário, o ACS mantém permanente o reconhecimento de sujeitos no território pela vinculação e cuidado.

Contudo, o aspecto relacional do trabalho na ESF é inerente a atuação de todos os membros da equipe. Um fator que pode ter contribuído para que os ACS priorizarem as relações interpessoais é a estabilidade dessa categoria nas equipes, o

que favorece a longitudinalidade do cuidado e pressupõe a existência de uma fonte contínua de atenção que fortalece o vínculo entre as equipes e entre trabalhadores e usuários. Por outro lado, médicos e enfermeiros são os que apresentam maior rotatividade no trabalho, consequência dos vínculos precários, seja pelas questões salariais, partidárias ou desvalorização profissional (Alves *et al.*, 2023; Carneiro *et al.*, 2023; Jardim *et al.*, 2022; Kanno *et al.*, 2023; Starfield, 2002).

Além disso, médicos e enfermeiros, tradicionalmente, possuem uma formação acadêmica pautada no modelo de ensino conservador influenciada pelo paradigma biomédico, centrado em práticas de intervenção e voltado à medicalização social, com pouco, ou nenhum enfoque para a APS (Gonçalves *et al.*, 2009; Fernandes; Santos, 2020).

Neste sentido, os resultados indicam que os ACS têm uma compreensão mais aprofundada dos aspectos relacionais do trabalho em saúde, evidenciando a necessidade de reavaliar as práticas de cuidado e as relações interpessoais na ESF. Promover uma integração mais equilibrada entre as dimensões técnica e relacional torna-se essencial. A educação permanente, focada nas diferentes contribuições dos ACS e na valorização dessa categoria, emerge como uma ferramenta fundamental para a produção de um cuidado centrado nas tecnologias leves. Além disso, a educação permanente aproxima os profissionais e promove a discussão de soluções que atendam as necessidades de saúde dos usuários.

7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A trajetória proposta para este estudo nos conduziu a pontos importantes que perpassam pelos componentes do processo de trabalho em saúde. Especificamente nas finalidades, a abordagem carece de foco no fortalecimento da corresponsabilização e autonomia do usuário. Os profissionais buscam também a resolutividade, mas o fazem a partir de um conceito predominantemente estreito e imediato.

O Objeto/indivíduo é compreendido em suas nuances e diversidade cultural, entretanto, é visto como realidade dada e pouco ou nada modificável.

Os instrumentos materiais de infraestrutura não são reconhecidos como condicionantes do processo de trabalho. E aos instrumentos não materiais atribuem um sentido mais superficial e pouco técnico.

Quanto ao agente, estes reconhecem motivações variadas para o trabalho, alta sobrecarga, baixa competência cultural, poucos recursos para fazer frente à pressão por produtividade e grande desejo pelo Trabalho Vivo. Seus conhecimentos são predominantemente empíricos, adquiridos da prática profissional ou de informações de colegas da mesma categoria – e sabem listar o que lhes falta. Os relacionamentos interpessoais apresentam muitas potencialidades, mas são atravessados por grandes dificuldades na gestão das diferenças e na construção de processo de trabalho verdadeiramente colaborativo. Ressalta-se a interferência negativa das relações com políticos.

As relações interpessoais demonstraram uma relevância e impacto tão significativos no contexto analisado que precisaram ser organizadas em três subcategorias distintas: a) relações interpessoais com os usuários; b) relações interpessoais com a equipe, e c) relações interpessoais com os políticos.

Investigar as relações interpessoais com os usuários permitiu justificar e legitimar o protagonismo do ACS na criação de vínculos intersubjetivos com a comunidade. Sua capacidade de diálogo sobre questões cotidianas e sua inserção social no território permitem o estabelecimento de parcerias e interações afetivas e emocionais, gerando um reconhecimento mútuo entre o profissional e a população. Também possibilitou compreender que médicos e enfermeiros tendem a adotar uma abordagem mais diretiva, operacional e objetivadora na produção do cuidado em

saúde. Ficou evidente, ainda, a invisibilidade dos técnicos em enfermagem no processo de trabalho em saúde.

Por outro lado, quando o foco da relação entre profissionais e usuários é a corresponsabilização do usuário/objeto revela-se a ausência de uma ênfase clara na autonomia e corresponsabilização do usuário. Isso sugere que as equipes podem estar adotando uma postura mais centralizadora, concentrando as decisões e ações de cuidado nos profissionais de saúde, sem incentivar a participação ativa dos usuários no seu próprio processo de cuidado. Superar essa barreira é essencial, pois a corresponsabilização é um elemento essencial para a sustentabilidade do cuidado em saúde.

As relações interpessoais entre os membros da equipe variam consideravelmente, afetando diretamente a organização e a qualidade do cuidado de cada equipe. Equipes que conseguem estabelecer vínculos interpessoais fortes, baseados em diálogo e reconhecimento das subjetividades, tendem a ser mais organizadas e oferecer um cuidado de melhor qualidade. Por outro lado, a ausência dessas relações compromete a eficiência e a colaboração. Tais observações evidenciam a importância de investir na construção de ambientes que favorecem a comunicação, o respeito e a cooperação entre os profissionais de saúde.

No que tange às relações interpessoais com os políticos, a interferência política no processo de trabalho das ESF gera sérios desafios à organização do trabalho, afetando a autonomia dos profissionais e a qualidade do cuidado oferecido aos usuários com hipertensão arterial. Essa interferência manifesta-se, especialmente, por meio do controle institucional sobre o trabalho, que busca padronizar as ações dos profissionais de saúde, dificultando a implementação de protocolos e a tomada de decisão, resultando em ambientes tensos e trabalhadores insatisfeitos.

Além disso, a rotatividade de profissionais causada por vínculos empregatícios precários, frequentemente associados a interesses partidários, prejudica a continuidade do cuidado e a criação de vínculos sólidos entre trabalhadores e usuários. Isso reflete um cenário onde a precariedade laboral favorece a instabilidade, comprometendo o desempenho das equipes e gerando insegurança entre os profissionais.

Analisando o conhecimento utilizado na assistência aos usuários com hipertensão arterial, a partir da matriz dos 4 componentes do Processo de Trabalho,

constatou-se que os profissionais: apontam e executam a maioria das finalidades; identificam grande parte dos instrumentos não materiais; reconhecem parcialmente os instrumentos materiais e trazem com muita riqueza as características tanto dos usuários quanto dos agentes.

Portanto, ainda que executem a maioria das finalidades, reconhecem grande parte dos instrumentos materiais e não-materiais preconizados para a produção do cuidado, possuem uma boa aproximação das dimensões subjetivas dos usuários e de si mesmos e conseguem identificar seus pontos fortes e fracos, ainda o fazem de forma parcial e predominantemente empírica.

Isso evidencia a necessidade de oferecer a esses profissionais uma oportunidade educativa na qual possam explorar, de forma mais robusta, os fundamentos teóricos que sustentam suas práticas, para que consigam desenvolver mais recursos e aplicá-los consciente e estrategicamente no cuidado à saúde da população de hipertensos do município.

Estes fundamentos teóricos, evidenciados a partir desse estudo, incluem:

- ✓ resolutividade: curto, médio e longo prazo;
- ✓ sistemas de informação e metas como ferramentas para promoção do cuidado;
- ✓ processos educativos com usuários: o onde, o como e a autonomia dos sujeitos;
- ✓ corresponsabilização do cuidado;
- ✓ competência cultural: como e quando intervir em questões culturais;
- ✓ habilidades socioemocionais como ferramentas de cuidado;
- ✓ boas práticas de comunicação;
- ✓ trabalho colaborativo como potencializador;
- ✓ educação permanente para agentes políticos

Importante destacar que o relacionamento interpessoal – como pode ser deduzido de itens da listagem anterior - representa um conjunto de habilidades não só natas, ou empíricas, mas podem ser aprendidas e aprimoradas, assim como o conhecimento científico. Considerando o papel central dos ACS na promoção de uma aproximação intersubjetiva no cuidado em saúde, bem como a formação predominantemente técnica-acadêmica de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, propomos uma educação permanente em que os ACS ensinem médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre os aspectos relacionais do

cuidado, enquanto estes compartilham com os ACS os conhecimentos técnico-científicos, priorizando a criação de espaços de diálogo, reflexão crítica e troca de saberes, onde os diferentes profissionais da equipe possam compartilhar experiências e conhecimentos. Dessa forma, todos aprendem e ensinam de forma dialógica.

Por fim, apontamos para a reorganização do processo de trabalho das equipes de ESF de forma autônoma e emancipadora, fundamentada no fortalecimento das relações interpessoais entre usuários, equipe de saúde e representantes políticos. O fortalecimento dessas relações é essencial para criar uma dinâmica de trabalho mais colaborativa, promovendo um ambiente de respeito mútuo, a corresponsabilidade e o protagonismo dos sujeitos no cuidado em saúde.

Uma reorganização do processo de trabalho tensionada por forças-valores que valorizem os processos de subjetivação. Enfatizamos aqui, que essas forças-valores, não são fixas nem unidimensionais, elas operam de forma dinâmica, moldando as relações e os processos de trabalho conforme as interações entre trabalhadores, usuários e gestores. Essas forças podem atuar de maneira normativa e limitadora, restringindo os processos de subjetivação, ou, ao contrário, de forma ampliadora, permitindo a criação de novos significados e práticas que reconheçam a subjetivação presente no encontro dos sujeitos. Assim, apontamos para reorganização do processo de trabalho tensionado por forças-valores que ampliem os processos de subjetivação envolvidos na produção do cuidado. Com isso, presenciaremos, de fato, o trabalho vivo em ato.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4078174/mod_resource/content/1/APS%20e%20o%20processo%20de%20trabalho%20em%20sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 05 nov. 2022.
- ACÚRCIO, F. A.; SANTOS, M. A.; FERREIRA, S. M. G. Aplicação da técnica da estimativa rápida no processo de planejamento local. *In*: MENDES, E. V. (org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 87-110.
- ALMEIDA, R. A. de; MALAGRIS, L. E. N. Avaliação de fatores de influência na adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. esp. 1, p. 33-42, 2023. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20230032>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872023001000033&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2024. Epub 15-Jul-2024.
- ALVES, C dos R. *et al.* Avaliação do processo de qualificação na atenção básica com foco na valorização do trabalhador. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 97, n. 2, 2023. Doi: 10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1610. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1610>. Acesso em: 7 set. 2024.
- AMARAL FILHO, F.S. **Mas, afinal, para quê, então, filosofia?** Uma leitura do Górgias de Platão [online]. Chapecó: Ed. UFFS, 2018. 194 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/tjyb3/pdf/amaral-9788564905887.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2022.
- AMARAL, V. S. *et al.* Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310106, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/QMvkvTdqh4wT87ZJgKwHjH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 out. 2022.
- AMORIM, H. As teorias do trabalho imaterial: uma reflexão crítica a partir de Marx. **Caderno CRH**, v. 27, n. 70, p. 31–45, jan. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/TM3Ws8vsK8h8TgjrSdDgpsB/#>. Acesso em: 15 out. 2022.
- ANDRADE, A. G. M. **Atenção primária à saúde**: tecendo a rede de cuidado do usuário-trabalhador no território. 2019. 197 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina, Salvador, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/31779>. Acesso em: 12 out. 2020.

ANDRADE, A. G. M.; LIMA, M. A. G. de; MENDONÇA, P. E. X. de. Trabalhadores (in)visibilizados: um relato de pesquisa no contexto de trabalho de equipes da atenção básica. **Anais do 9º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, v. 2, 2023.

Disponível em: <https://proceedings.science/cshs/cshs-2023/trabalhos/trabalhadores-invisibilizados-um-relato-de-pesquisa-no-contexto-de-trabalho-de-e?lang=pt-br>. Acesso em: 29 Ago. 2024.

ARAUJO, F. P; WOJCIEKOWSKI, C. F. Trabalho ou sofrimento? Estresse do trabalhador da saúde e a importância da qualidade de vida no trabalho. **Diaphora**, v. 12, n. 1, p. 74-81, 2023. Disponível em:

<https://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/449/328>. Acesso em: 20 jan. 2024.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/vgK3yjGm6fBBxnXj6XZHzzq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2022.

ASSIS, B. C. S. de *et al.* Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde?. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 6, e3134, 2020. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3134/1882>. Acesso em: 20. out. 2023.

BARBOSA, A. S. *et al.* Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 5, p. 67-79, dez. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/wmPBptVWzNR34nHMkBrBknQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2023.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEZERRA, H. M. C. *et al.* Processo educativo do núcleo ampliado de saúde da família na atenção à hipertensão e diabetes. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, e00277109, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/mWsTmMcHxLVqn4J6bdsTd7d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2023.

BORGES, Marcelo Alves. **Uma ferramenta para monitoramento de indicadores na gestão de saúde no município de Ribeirão Preto - SP**. 2022. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações em Saúde) – USP, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2022. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-06052022-165145/publico/MARCELOALVESBORGESco.pdf>. Acesso em: 10 maio 2023.

BRAGA, Í. F. F. **Manutenção baseada em evidências**: estudo aplicado a uma rede de hospitais públicos municipais. 2021. Dissertação (Mestrado em Engenharia de

Produção) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Tecnologia, Natal, RN, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/46812/1/Manutencaobaseadaevidencias_Braga_2021.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.

BRANDÃO, F. S. R.; BAGGIO, M. N. L. C. O significado de ser hipertenso a partir da experiência de usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família. **Anais da Faculdade de Medicina de Olinda**, v. 1, n. 11, p. 37-46, 2024.

BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 149, p. 1-3, 29 jun. 2011.

BRASIL. Lei n. 7498, de 25 de julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1986.

BRASIL. **Portaria n. 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). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 29 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 18/2022-SAPS/MS**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/componentes-do-financiamento/pagamento-por-desempenho/arquivos/nota-tecnica-no-18-2022-saps-ms-indicador-6>. Acesso em: 02 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 157, n. 220, p. 97-98, 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota informativa sobre prescrição médica**. Brasília, 16 de setembro de 2014b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2014/nota-informativa-sobre-prescri-o-m-dica.pdf>. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. **Autocuidado em Saúde e a Literacia para a Saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas**: guia para profissionais da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2022.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARDOSO, M. R. G.; OLIVEIRA, G. S. de; GHELLI, K. G. M. Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, v.20, n. 43, p. 98-111, 2021.

CARNEIRO, C. C. *et al.* Configurações do trabalho na atenção primária: modalidades de contratação. **2º Boletim da Pesquisa “Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores”**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, nov. 2023. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/62072>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CARVALHO, E. M. P. de *et al.* Acesso e acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde Rurais: reorganização do processo de trabalho. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, v. 7, n. 15, p. e151270, 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i15.1270.

CARVALHO, F. F. B. D.; AKERMAN, M.; COHEN, S. C.. A Promoção da Saúde na Atenção Básica: o papel do setor Saúde, a mudança comportamental e a abordagem individual. **Estudos Avançados**, v. 37, n. 109, p. 89–104, set. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/7P9H3mwKTxyBkLQmKdJxSLv/?lang=pt#ModalTutors>. Acesso em: 20 jan. 2024.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. Interprofessional Education and shared practice in multiprofessional health residency programs. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1325-1337, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/cPBjVyTv9xfrP7NndsRG8pB/?format=pdf&lang=p>. Acesso em 22 out. 2022.

CASTANHO, P. Uma Introdução aos Grupos Operativos: Teoria e Técnica. **Vínculo - Revista do NESME**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 47-60, jun. 2012. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902012000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 nov. 2023.

CASTRO, M. R. de. Tecnologias leves na prevenção de doenças e promoção da saúde. **Asklepion: Informação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 18-26, jul./dez. 2023. Disponível em: <https://asklepionrevista.info/asklepion/article/view/74/153>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CAVALCANTE, T. M. F. de B. **O acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas equipes da Estratégia Saúde da Família no contexto da pandemia de Covid-19: limites e possibilidades**. 2023. 61 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/52372/1/Acompanhamentopessoashi pertensao_Cavalcante_2023.pdf. Acesso em: 20 maio 2024.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **Gastão Wagner defende reformas no SUS para enfrentar neoliberalismo e precarização do trabalho na saúde**. 4 set. 2024. Disponível em: <https://cebes.org.br/gastao-wagner-defende-reformas-sus-enfrentar-neoliberalismo-precarizacao-trabalho-saude/34902/>. Acesso em: 06 set. 2024.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.(Contacs Brasil). Resolução 01/2014. Código de ética do profissional Técnico em Agente Comunitário de Saúde.

CORDIOLI, D. F. C. *et al.* Estresse ocupacional e engagement em trabalhadores da atenção primária à saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 6, p. 1580-1587, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QgSbVvnzfWfTbgVX3FGSXdK/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 20 out. 2022.

CORRÊA, G. C. G.; CAMPOS, I. C. P. de; ALMAGRO, R. C. Pesquisa-ação: uma abordagem prática de pesquisa qualitativa. **Ensaio Pedagógico**, Sorocaba, v. 2, n. 1, p. 62-72, jan./abr. 2018.

COSTA, L. A.; SALES, A. P. de A. A influência da cultura nas práticas de cuidado a pacientes com hipertensão: uma revisão integrativa. **Rev. Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**, v. 1, n. 1, p. 75-85, 2018. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1141384/artigo-no-8-a-influencia-dacultura-nas-praticas.pdf>. Acesso em: 20 out. 2023.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos Focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. *In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS*, 13., 2002, Ouro Preto. **Anais [...]**. Ouro Preto, MG, 2002. p. 1-26.

CUNHA, M. S. da .; SÁ, M. de C.. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 61–73, jan. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YBt5R98dMgwPVDpSTWgXGNJ/?lang=pt#>. Acesso em: 20 maio 2023.

DIAS, C. da C.; DIAS, R. G.; SANTA ANNA, J. Potencialidade das redes sociais e dos recursos imagéticos para a divulgação científica em periódicos da área de ciência da informação. **Biblos: Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação**, Rio Grande. v. 34, n. 1, p. 109-126, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/biblos/article/view/11241/7789>. Acesso em: 10 dez. 2022.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, v. 22, supl. 2, p. 1717-1727, 2018.

EUQUERES PARTATA, C. *et al.* Percepção da sobrecarga de trabalho dos agentes comunitários de saúde do município de Araguari-MG em relação ao esgotamento emocional. **Revista Master - Ensino, Pesquisa e Extensão**, [S. l.], v. 8, n. 16, 2023. Doi: 10.47224/revistamaster.v8i16.439. Disponível em: <https://revistamaster.imepac.edu.br/RM/article/view/439>. Acesso em: 28 ago. 2024.

FARIAS, D. N. de. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 141-162, jan./abr. 2018.

FERNANDES, E. S. F.; SANTOS, A. M. dos. Desencontros entre formação profissional e necessidades de cuidado aos adolescentes na Atenção Básica à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190049, 2020. <https://doi.org/10.1590/Interface.190049>

FERREIRA, M. S. G.; ANDERSON, M. I. P. Sobrecarga de trabalho e estresse: relato sobre um grupo de apoio à saúde do trabalhador em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2188, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2188. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2188>. Acesso em: 01 set. 2024.

FERREIRA NETO, D. N.; PATRÍCIO, A. C. F. A.; SILVA, P. C. Conduas do técnico em enfermagem na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **R Pesq Cuid Fundam**, v. 14, p. e11462, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.V14.11462>. Acesso em: 01 set. 2024.

FIDELIS, L.; JACOB, M.; BIGATTO, K. R. S. Lacunas na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas Unidades Básicas de Saúde. **Multitemas**, [S. l.], v. 28, n. 69, p. 31–45, 2023. DOI: 10.20435/multi.v28i69.3788. Disponível em: <https://interacoesucdb.emnuvens.com.br/multitemas/article/view/3788>. Acesso em: 23 ago. 2024.

FIGUEREDO, R. C. de. *et al.* Olhar do enfermeiro sobre o processo de trabalho na atenção primária em saúde: desafios e perspectivas. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, e24511729744, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29744>. Acesso em: 5 nov. 2022.

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 102-114, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KsrVpBX3KGv3WZvQj6xXH5N/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 26 nov. 2022.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GARCIA, J. B.; MADRUGA, F. P. **A pesquisa-ação como metodologia investigativa e propositiva na prática de profissionais de saúde do SUS**. 1. ed. Pelotas: UFPel, 2023, 85 p.

GATTI, A. B. **Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GERMANO, M. G. **Uma nova ciência para um novo senso comum [online]**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/qdy2w/pdf/germano-9788578791209.pdf>. Acesso em: 03 set. 2022.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLERIANO, J. S. et al. Organização do processo de trabalho para atenção integral: potencialidades e desafios. **Revista De Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro**, v. 11. 2021. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4092>. Acesso em: 15 out. 2022.

GOMES, L. H. A. *et al.* Fatores envolvidos na prática de renovação automática de receitas médicas no contexto da atenção básica. **Saúde Coletiva**, v. 11, n. 62, p. 5202-5206, 2021. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1341>. Acesso em: 15 out. 2022.

GOMES, R. M. *et al.* Home visit as a care promoter tool in the family health strategy. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e40010212616,

2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12616. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12616>. Acesso em: 2 ago. 2024.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde; características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. 1986. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

GONCALVES, R. J. et al . Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 3, p. 382-392, set. 2009. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/SKybjhCcyBdPH8QW8MQv3Wy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2023.

GONDIM, S. M. G. Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, v. 12, n. 24, p. 149-161., 2003 Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/paideia/a/8zzDgMmCBnBJxNvfk7qKQRF/?for>. Acesso em: 29 nov. 2022.

GOTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saude soc.**, v. 18, n. 2, p. 189-198, 2009.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Potencialidades e desafios para a assistência no contexto da atenção primária à saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 32, p. e20220333, 2023. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/XWTJFv5fdfy9qtqMBMqkk8m/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 20 jan. 2024.

IBERTIOGA. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Ibertioga: Secretaria Municipal de Saúde. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde**: 2019: ciclos de vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2024a. Disponível em:
<https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População de Ibertioga**. 2024b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/ibertioga.html>. Acesso em: 29 ago. 2024.

JACQUES, C. O.; LEAL, G. M. Determinantes Sociais e Território em Sua Inter-Relação com as Famílias e os Processos de Saúde-Doença. **Revista Sociais & Humanas**, v. 30, n. 1, p. 75-89, 2017.

JARDIM, R. *et al.* Atuação profissional e condições de trabalho na atenção primária à saúde no interior do nordeste brasileiro. **RECIMA21 - Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia**. v.3, n. 3, e331196, 2022. Disponível em:

<https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1196/964>. Acesso em: 20 out. 2023.

JOÃO, N. G. de L. **Desafios e possibilidades do trabalho em equipe na perspectiva dos profissionais das unidades básicas de saúde do município de Criciúma/SC**. 2023. 110 f. Projeto de Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2023. Disponível em <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/10767/1/Natan%20Gon%20a7alves%20de%20Lima%20Jo%20a3o.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2024.

JULIÃO, N. A.; SOUZA, A. de; GUIMARÃES, R. R. de M. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 09, p. 4007-4019, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.08092021>.

KANNO, N. de P. *et al.* A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 10, p. e00213322, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XsX6M9q3bXPhjhHXWX8H9DF/?lang=pt#>. Acesso em: 20 jan. 2024.

KROEF, R. F. da S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020.

LIMA, L. A. de O. *et al.* Estresse ocupacional e as implicações para a saúde mental de profissionais da saúde: uma revisão sistemática. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 5553–5569, 2024. Doi: 10.55905/revconv.17n.1-332. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/4547>. Acesso em: 28 ago. 2024.

MALTA, D. C. ; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. **Rev. Min. Enf.**, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul. 2003.

MARQUES, A. de F. *et al.* Níveis de conhecimento de pacientes hipertensos sobre diagnóstico, tratamento e autocuidado. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences** , [S. l.], v. 6, n. 7, p. 2298–2308, 2024. Doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n7p2298-2308.

MARTINS, J. D. *et al.* Cartografia das estratégias utilizadas para o trabalho colaborativo em equipes de saúde da família. **Interface**, Botucatu, v. 28, e230342, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2024.v28/e230342/pt>. Acesso em: 20 ago. 2024.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política, livro 1, v. 1. Tradução Rubens Enderle, Rio de Janeiro: Boitempo editorial, 2013.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 25, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2022.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades. *In*: AYRES, J.R.; SANTOS, L. (org.). **Saúde, Sociedade e História**. 1. ed. São Paulo: Hucitec/ Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 294-374.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. 1986. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1986.

MENGUER, L. S. *et al.* Burnout syndrome and job satisfaction in community health workers. **Rev Bras Med Trab.**, v. 21, n. 4, e2021903, 2023. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/e2021903.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2024.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde? Campinas, maio de 1999. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/o-ato-de-cuidar.pdf>. Acesso em: 20 out. 2023.

MERHY, E. E. *et. al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 6, p. 70-83, dez. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe6/70-83/pt>. Acesso em: 05 nov. 2022.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves. Apontando mudanças para os modelo tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, p. 316-323, set./dez. 2003. Disponível: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 15 out. 2022.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 427-432. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 15 out. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, A. M. *et al.* Qualidade de vida do trabalhador na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 4, p. e15671, 29 abr. 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/15671>. Acesso em: 20 jun. 2024.

MORAES, R. C. F.; CORVINO, M. P. F.; MORAES, A. S. Importância da ESF em termos de saúde pública e o acolhimento humanizado: relato de experiência. **Rev Pró-Univer SUS**, v. 14, n. 2, p. 59-66, 2023. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/3703/2158>. Acesso em: 10 maio 2024.

MORAIS, J. B. de S. Barreiras e facilitadores para o acompanhamento regular da pessoa com hipertensão na atenção primária à saúde. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Natal, 2023. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/58096/1/Barreirasfacilitadoresacompanhamento_Morais_2023.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.

MUNIZ, A. S. *et al.* Stress levels and related factors in primary care health professionals: integrative review. **Rev. Cienc Saude**, v. 13, n. 1, p. 26-34, 2023. Disponível em: https://portalrcs.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit_zero/article/view/1369/868. Acesso em: 20 out. 2024.

NASCIMENTO, K. C; BORGES, L. M. Manejo da adesão a tratamentos de doenças crônicas: experiências de Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 11, n. 2, p. 10-18, 2020 jul./dez. 2020. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/2567/1468>. Acesso em: 20 out. 2022.

NEVES, C. A. B. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. Resenhas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1953-1955, ago. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wvPxxpsmvrz7wrXPDQKW7Kb/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2022.

NEVES, J. D. V.; OLIVEIRA, G. da S.; BASTOS, S. N. D. A produção do conhecimento e a constituição de sujeitos: diálogos com os diferentes Vygotsky, Bakhtin e Freire. **Comunicação & Educação**, v. 26, n. 2, p. 43-57, 2022. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9125.v26i2p43-57>

NOGUEIRA, A. C. de O. Qualidade de vida no trabalho de profissionais da atenção básica: revisão integrativa de literatura. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhaes, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/62165>. Acesso em: 10 jan. 2024.

NUIN, J. J. B.; FRANCISCO, E. I. **Manual de Educação Interprofissional em Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

OLIVEIRA, D. B.; ABREU, W. F. Conhecimento, arte e formação na República de Platão. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 203-2015, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/tjyb3/pdf/amaral-9788564905887.pdf>. Acesso em: 15 out. 2022.

PAUDARCO, L. da S. *et al.* Visita domiciliar sob olhar do usuário da atenção primária. **Rev. Saúde.Com**, v. 14, n. 4, 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/7710/6528>. Acesso em: 20 out. 2022.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, suppl. 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2023.

PEREIRA, J. C. *et al.* Metodologias Ativas e Aprendizagem Significativa: Processo Educativo no Ensino em Saúde. **Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v.22, n. 1, p. 11-19, 2021.

PEREIRA, R. R.; PACHECO, I. B. G.; SÃO PEDRO FILHO, F. Indicadores de desempenho como ferramenta na gestão da qualidade no serviço público. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.9, p. 88049-88067, Sep. 2021.

PICHETH, S. F.; CASSANDRE, M. P.; THIOLENT, M. J. M. Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. **Educação**, v. 39, n. 4, p. s3-s13, 2016. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fac>. Acesso em: 05 nov. 2022.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2005. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5770700/mod_resource/content/1/%5BPichon-Rivi%C3%A8re%5D_O%20Processo%20Grupal.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.

PIMENTEL, M. de O. **As relações interpessoais na equipe de saúde da família na perspectiva do construcionismo social**. 2011. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. doi:10.11606/T.7.2011.tde-29112011-153326.

PINTO, A. G. A. *et al.* Vínculos subjetivos do agente comunitário de saúde no território da estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 789–802, set./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/5RjYgPrMjPmZnhTbBzQGy9p/?lang=pt#>. Acesso em: 15 out. 2022.

PIPERNO, G. C.; DIAS, R. B. Rotatividade das equipes da estratégia saúde da família: prejuízo na atenção primária à saúde. *In*: SCARPIN, B. P. *et al.* (org.). **Políticas de saúde pública: um olhar de estudantes de Medicina**. Araçatuba: Unisalesiano, 2022. p. 161-172. Disponível em: https://unisalesiano.com.br/aracatuba/wp-content/uploads/2023/10/Politicadas-Saude-Publica_Medicina_UniSALESIANO.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.

PIRES, R. de C. C. *et al.* Avaliação da resolutividade na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa sobre os atendimentos através da estratégia saúde da família no Brasil. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação**, v. 9, n. 1, p. 47–69, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i1.8137>. Acesso em: 01 set. 2024

PIRES, R. O. M.; LACERDA, J. T. de. **Processo de Trabalho na Atenção Básica**. Versão adaptada do curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. 2. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

PRADO, C. E. P. do. Estresse ocupacional: causas e consequências. **Rev Bras Med Trab**, v. 14, n. 3, p. 285-289, 2016. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/122/pt-BR>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PRADO, C. L. S. R. *et al.* Comunicação interprofissional e participação do usuário na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 32, supl. 2, e220823pt, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KWMrwf4CFvX8nxgBZqrPkJJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2024.

PROENÇA, W. de L. O Método da Observação Participante: Contribuições e aplicabilidade para pesquisas no campo religioso brasileiro. **Dossiê Religião**, n. 4, abr./jul. 2007. Disponível em: https://www.unicamp.br/~aulas/Conjunto%20III/4_23.pdf. Acesso em: 06 nov. 2022.

QUIROGA, T. O problema da determinação instrumental. *In*: **Pensando a episteme comunicacional [online]**. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2013. p. 211-261. (Substractum collection). Disponível em: <https://books.scielo.org/id/dt3qx/pdf/quiroga-9788578792800-09.pdf>. Acesso em: 09 set. 2022.

REZER, F.; MACHACAL JUNIOR, P.; RODRIGUES, F. W. Habilidades e competências da equipe de enfermagem na técnica de mensuração da pressão arterial. **Journal of Nursing and Health.**, v. 14, n. 2, p. e1424915, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/24915>. Acesso em: 20 out.

RIOS, E. R. G. *et. al.* Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 501-509, 2007.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/TP3mRXN6VdPtND99WgKPMRJ/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 13 set. 2022.

RODRIGUES, J. M. **Caracterização da população com Diabetes Mellitus tipo 2 e avaliação da atenção à saúde no Brasil**. 2022. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56682>. Acesso em: 20 out. 2023.

ROLIM, E. C. **Desenvolvimento e validação de modelo visual de receituário adaptado às necessidades da população com doenças crônicas: receita simples**. 2019. 110 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

SANTOS, D. Apontamentos a partir de algumas considerações de Marx e Engels em relação às noções de Homem, Natureza e Alienação. **Ateliê Geográfico**, Goiânia, v. 14, n. 3, p. 132–144, 2020. Doi: 10.5216/ag.v14i3.67450. Disponível em:

<https://revistas.ufg.br/atelie/article/view/67450>. Acesso em: 11 set. 2024.

SANTOS, V. O. **Categorias marxianas fundamentais para o estudo do trabalho imaterial**. 2012. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), 2012.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 861-870, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/s9bmJspgCcykVW6gddLytdG/nogue>. Acesso em: 20 out. 2023.

SANTOS, M. L. dos; WAGNER, C. A visita domiciliar como estratégia de cuidado na atenção primária à saúde: relato de experiência. *In*: SIMPÓSIO DE PESQUISA E EXTENSÃO, 26., 2002, Natal. **Anais [...]**. Natal: UFRN, 2002.

SILVA, G. de N. e S. (Re)conhecendo o estresse no trabalho: uma visão crítica.

Gerais: Rev. Interinst. Psicol., v.12, n.1, p. 51-61, 2019

Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202019000100005. Acesso em: 20 abr. 2020.

SILVA, L. A. L. B. da *et al.* **Barreiras e facilitadores na APS para adesão ao tratamento em adultos com hipertensão arterial ou diabetes mellitus tipo 2**.

Brasília; Fiocruz; Instituto de Saúde de São Paulo, 23 fev. 2021. Disponível em:

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1358452/09_sre_depros_barreiras-facilitadores_has-dm.pdf. Acesso em: 20 out. 2022.

SODRÉ, F.; ROCON, P. C. O trabalho em saúde pode ser considerado “tecnologia leve”? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, e210545pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210545pt>. Acesso em: 03 out. 2023.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 03 out. 2022.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n.

5, e2020315, 2020. Disponível em:

http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000500035&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 nov. 2022.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1986.

TRAD. L. A. B. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2010.

VALADÃO, F. S. *et al.* Communication process between the multidisciplinary team in the context of management in Primary Health Care: integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 11, p. e86111133465, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i11.33465. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33465>. Acesso em: 4 ago. 2024.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da Observação Participante. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 22, n. 63, p. 153-154, ev. 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/H6CDbCRcfpPK3YmWcrrpw4K/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2022.

VASCONCELLOS, A. C. A.; VIEIRA, C. P.; GOLDSZTAJN, D. A constituição do sujeito e sua história de vida: ampliando o olhar na prática psicopedagógica. **Constr. psicopedag.** São Paulo, v. 29, n. 30, p. 58-68, 2021. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542021000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2022.

APÊNDICES

APENDICE I

Lista de temas para educação permanente proposta pelos participantes da pesquisa:

- Atualização Contínua sobre o Sistema de Informação (e-SUS AB);
- Treinamento Introdutório para os profissionais que ingressarem no serviço (todas as categorias);
- Técnicas de Boa Comunicação;
- Ações de Promoção da Saúde;
- Ferramentas de Planejamento e Gestão;
- Como cuidar de usuários com hipertensão arterial na APS seguindo os protocolos do Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Medicina.

Além dos temas sugeridos, a proposta inclui a elaboração do protocolo municipal para o manejo da hipertensão arterial na APS pelos profissionais da ESF por meio de um processo colaborativo e participativo, alinhado com a prática local. Para garantir que o protocolo seja eficaz e esteja em sintonia com as práticas locais, as equipes pleitearam que a gestão municipal ofereça o curso – “Como cuidar de usuários com hipertensão arterial na APS seguindo os protocolos do Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Medicina” - antes de iniciar sua elaboração. Este curso visa capacitar os profissionais e aprofundar o entendimento sobre o cuidado aos usuários com hipertensão arterial, facilitando a criação de um protocolo que atenda às necessidades e realidades locais.

APENDICE II

Lista de temas para educação permanente que emergiram a partir deste estudo:

1) Resolutividade em um sentido mais amplo abordando temas como corresponsabilização, autocuidado e a importância da autonomia no processo de cuidado.

- a) Corresponsabilização no cuidado à saúde;
- b) Autocuidado como elemento central do cuidado;
- c) Autonomia do usuário no processo de cuidado;

2) Alimentação dos sistemas de informação e cumprimento de metas como ferramentas para promoção do cuidado.

- a) Alimentação correta dos sistemas de informação em saúde;
- b) Uso dos dados para tomada de decisão;
- c) Cumprimento de metas alinhado à promoção do cuidado;
- d) Integração da gestão da informação com a prática clínica.

3) Promoção da adesão ao tratamento do usuário, como processo educativo.

- a) Educação em saúde para a promoção da adesão ao tratamento;
- b) Estratégias para fortalecer a relação interpessoal entre profissional e usuário;
- c) Adaptação do cuidado às necessidades individuais;
- d) Monitoramento e acompanhamento do tratamento.

4) Competência cultural: como e quando intervir?

- a) Definição e importância da competência cultural;
- b) Quando e como intervir;
- c) Estratégias de comunicação intercultural;
- d) Adaptação de protocolos e práticas de cuidado à competência cultural;
- e) Reconhecimento e respeito às práticas culturais;
- f) Combate ao preconceito e à discriminação.

5) Corresponsabilização do cuidado: promovendo um cuidado mais participativo e colaborativo.

- a) Compreensão do conceito de corresponsabilização;
- b) Desenvolvimento de habilidades para envolvimento ativo;
- c) Estratégias para implementação da corresponsabilização;
- d) Integração da corresponsabilização no planejamento e execução do cuidado;
- e) Avaliação e ajuste das práticas de corresponsabilização.

6) Trabalhos em grupo: estratégia de educação em saúde.

- a) Relevância dos trabalhos em grupo e de um processo colaborativo;
- b) Importância da educação permanente na saúde;
- c) Estratégias de facilitação e mediação de grupos;
- d) Quais e como aplicar as ferramentas de trabalho em grupo no contexto da saúde;
- e) Práticas colaborativas no contexto da saúde pública;
- f) Desenvolvimento de habilidades interpessoais e de comunicação;
- g) Integração do conhecimento técnico e empírico.

7) Habilidade socioemocionais: competências que podem ser aprendidas ou aprimoradas.

- a) Autoconhecimento e inteligência emocional;
- b) Empatia e técnicas de boa comunicação;
- c) Trabalho em equipe e colaboração;
- d) Gestão de conflitos;
- e) Resiliência e autocuidado;
- f) Promoção de um ambiente de trabalho saudável.

8) Acolhimento à demanda espontânea

- a) Acolhimento como princípio da atenção primária;
- b) De quem é a responsabilidade pelo acolhimento na APS;
- c) Escuta qualificada e classificação de risco;
- d) Organização e fluxo de atendimento;
- e) Humanização e empatia no acolhimento;
- f) Resolução e continuidade do cuidado;

g) Acolhimento como espaço para a promoção da corresponsabilização.

9) Boas práticas de comunicação: comunicação e a escuta produtoras de processos que fortalecem o diálogo e a reflexão crítica sobre as práticas de saúde.

- a) Compreensão dos princípios de comunicação eficaz, incluindo clareza, objetividade, empatia e adaptação da mensagem;
- b) Comunicação não violenta;
- c) Estratégias de comunicação verbal e não verbal;
- d) Desenvolvimento de habilidades de escuta ativa;
- e) Técnicas de estímulo ao diálogo aberto e reflexão crítica.

10) Aspectos éticos e legais do trabalho em saúde.

- a) Compreensão dos princípios éticos fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça;
- b) Normas e legislações de cada categoria profissional;
- c) Aplicação de princípios éticos e legais no cotidiano;
- d) Habilidades para gerenciar conflitos e questões legais;
- e) Reflexão crítica e melhoria contínua da prática ética e legal e para promover o desenvolvimento profissional e interprofissional.

11) Trabalho colaborativo como potencializador do processo de trabalho.

- a) A importância e benefícios do trabalho colaborativo;
- b) Como desenvolver competências para a colaboração;
- c) Facilitando a integração interprofissional;
- d) Estabelecendo estruturas de suporte à colaboração.

12) Subjetividade dos profissionais que permeia o trabalho colaborativo e o reconhecimento da singularidade de cada profissional.

- a) Reconhecimento e valorização das experiências, emoções, perspectivas e identidade individual, que influenciam na abordagem dos profissionais no trabalho e a interação com os outros;
- b) Desenvolvimento de competências para lidar com a subjetividade e a singularidade dos indivíduos;

c) Estabelecimento de prática que promovem a inclusão e o respeito pela subjetividade e singularidade dos profissionais.

13) Educação permanente para os agentes políticos.

a) Aprofundando o conhecimento sobre o SUS – princípios e diretrizes;

b) Formulação de políticas públicas que atendam as necessidades reais da população;

c) Comunicação interpessoal através do desenvolvimento de habilidades de escuta ativa, expressão clara e negociação entre trabalhadores e agentes políticos;

d) Colaboração entre trabalhadores e agentes políticos com estratégias que incentivem o trabalho em equipe.

APENDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“PESQUISA AÇÃO E PRÁTICA PEDAGÓGICAS EMANCIPADORAS: CAMINHOS QUE SE CRUZAM PARA A REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE EM MG”**. Neste estudo pretendemos “favorecer a reorganização do processo de trabalho das equipes de ESF do município de Vale das Flores/MG, considerando os pressupostos da autonomia e do protagonismo dos sujeitos na construção dialógica e participativa, com foco no cuidado aos usuários portadores de hipertensão arterial”.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: **“A PESQUISA-AÇÃO”**. A pesquisa contribuirá para “a oferta de uma proposta de educação permanente em saúde construída com os profissionais das três equipes de ESF considerando os pressupostos da autonomia e do protagonismo dos sujeitos na construção dialógica e participativa entre os atores envolvidos no processo, qualificando assim, as ações e serviços ofertados aos usuários hipertensos no município de Ibertioga”.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Senhor (a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Senhor (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão

arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, na “Universidade Federal de Juiz de Fora” e a outra será fornecida ao Senhor (a).

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo **“PESQUISA AÇÃO E PRÁTICA PEDAGÓGICAS EMANCIPADORAS: CAMINHOS QUE SE CRUZAM PARA A REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE EM MG”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ibertioga, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do (a) participante (a)	Data

Nome e assinatura do (a) pesquisador (a)	Data

Nome e assinatura da testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa HU-UFJF:

Rua Catulo Breviglieri, s/nº - Bairro Santa Catarina

CEP.: 36036-110 - Juiz de Fora – MG

Telefone: 4009-5167

E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

APENDICE IV

ROTEIRO DE TRABALHO DO GRUPO FOCAL

1. Sobre as relações interpessoais:

- a) O que você entende por relação entre pessoas?
- b) Pensa sobre todos os profissionais da UBS, incluindo todos os profissionais que aqui trabalham, como psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, recepcionistas, auxiliares de higienização, dentistas, enfim, toda a equipe de saúde, o que você pensa sobre a relação entre essas pessoas?
- c) Agora vamos trazer para o convívio da sua equipe de saúde da família, quais emoções essas palavras remetem?

2. Sobre o significado do trabalho:

- a) O que lhe motiva a sair de casa para trabalhar diariamente?
- b) Descreva em uma palavra o que o trabalho representa para você.

3. Sobre as relações de poder:

- a) Há relação entre a vida política e trabalho na UBS?
- b) Se sim, como você percebe essa relação?

4. Sobre a influência do conhecimento e das relações de poder na autonomia dos sujeitos no ambiente de trabalho:

- a) Como se desenvolve o trabalho da equipe?
- b) Como são tomadas as decisões na sua equipe?

5. Sobre o cuidado ofertado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica:

- a) Como é o atendimento, nesta unidade, às pessoas com hipertensão arterial?
- b) Como você sabe o que é preciso fazer no atendimento às pessoas com hipertensão arterial? Como você aprendeu sobre essas atividades?
- c) Como é a rotina de atendimento à pessoa com hipertensão arterial?
- d) Fale sobre os fatores que dificultam e os que facilitam a assistência às pessoas com hipertensão arterial.