

COMPLEXIDADE DAS PRÁTICAS DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

COMPLEXITY OF NURSING PRACTICES IN PRIMARY HEALTH CARE

COMPLEJIDAD DE LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Maria Fátima de Sousa¹

Betania Maria Pereira dos Santos²

Elisabete Pimenta Araújo Paz³

José da Paz Oliveira Alvarenga¹

(<http://orcid.org/0000-0001-6949-9194>)

(<http://orcid.org/0000-0001-7768-7742>)

(<http://orcid.org/0000-0002-1692-0253>)

(<http://orcid.org/0000-0002-7170-7498>)

Descritores

Estado; Sistema único de saúde;
Atenção primária à saúde;
Estratégia saúde da família; Práticas de enfermagem

Descriptors

State; Health unic system;
Primary health care; Family health strategy; Nursing practices

Descriptores

Estado; Sistema único de Salud;
Primeros auxilios; Estrategia de salud de la familia; Prácticas de enfermería

Recebido

29 de Julho de 2021

Aceito

3 de Agosto de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Maria Fátima de Sousa

E-mail: mariafatimasousa09@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Refletir sobre a complexidade das práticas de Enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil, tendo na Estratégia Saúde da Família a base estruturante de um novo modelo de atenção.

Métodos: Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo, desenvolvido entre junho e julho de 2021, a partir do conhecimento e das experiências, acadêmicas e profissionais dos autores; os quais analisam, refletem e contextualizam, sobre a contribuição da Enfermagem brasileira na extensão e profundidade dos atributos essenciais e derivados da APS, enraizados nos valores, princípios e diretrizes de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cura nos processos de saúde-doença-cuidado.

Resultados: Aponta os desafios contemporâneos à superação dos elementos constituintes do modelo médico-hospitalar, caracterizado pela ineficiência, baixa efetividade e insatisfação da população, em territórios de profundas desigualdades sociais, econômicas, políticas e sanitárias.

Conclusão: Em síntese, indica que se faz necessário seguir imprimido movimentos ativos que ampliem as decisões políticas de assegurar a saúde como direito de cidadania plena, portanto como um bem fundamental do ser humano.

ABSTRACT

Objective: To reflect on the complexity of Nursing practices in the context of Primary Health Care in Brazil, having the Family Health Strategy as the structuring basis for a new model of care.

Methods: This is a theoretical-reflective rehearsal, developed between June and July 2021, based on the authors' knowledge and experiences, both academic and professional; which analyze, reflect and contextualize the contribution of Brazilian Nursing in the extension and depth of essential attributes and derivatives of PHC, rooted in the values, principles and guidelines of promotion, prevention, treatment, rehabilitation and cure in health-disease processes. Caution.

Results: It points out the contemporary challenges to overcoming the constituent elements of the medical-hospital model, characterized by inefficiency, low effectiveness and population dissatisfaction, in territories with deep social, economic, political and health inequalities.

Conclusion: In summary, it indicates that it is necessary to follow printed active movements that expand political decisions to ensure health as a right of full citizenship, therefore as a fundamental good of human beings.

RESUMEN

Objetivo: Reflexionar sobre la complejidad de las prácticas de Enfermería en el contexto de la Atención Primaria de Salud en Brasil, teniendo la Estrategia Salud de la Familia como base estructurante de un nuevo modelo de atención.

Métodos: Se trata de un ensayo teórico-reflexivo, desarrollado entre junio y julio de 2021, basado en los conocimientos y experiencias de los autores, tanto académicos como profesionales; que analizan, reflejan y contextualizan el aporte de la Enfermería brasileña en la extensión y profundidad de atributos esenciales y derivados de la APS, arraigados en los valores, principios y lineamientos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y curación en los procesos salud-enfermedad.

Resultados: Señala los desafíos contemporáneos para la superación de los elementos constitutivos del modelo médico-hospitalario, caracterizado por la ineficiencia, baja efectividad e insatisfacción poblacional, en territorios con profundas desigualdades sociales, económicas, políticas y de salud.

Conclusión: En resumen, indica que es necesario seguir movimientos activos impresos que amplíen las decisiones políticas para asegurar la salud como un derecho de la ciudadanía plena, por ende como un bien fundamental del ser humano.

¹Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

²Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

³Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Como citar:

Sousa MF, Santos BM, Paz EP, Alvarenga JP. Complexidade das Práticas da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Enferm Foco*. 2021;12(Supl.1):55-60.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5211

INTRODUÇÃO

Há décadas o Brasil e diversos países, principalmente, mas não apenas, os subdesenvolvidos vivem em disputa acerca de modelos e do tamanho do Estado. Ultraliberais defendem estruturas político-econômicas de privatização de estatais, redução dos gastos públicos, reforma trabalhista, previdenciária, administrativa; afirmam também que os mercados seriam capazes de se ajustar por conta própria, com livre concorrência, no processo de autorregulação dos ciclos econômicos. De outro lado, há os que advogam a necessidade de intervenção do Estado na economia como formulador, regulador e fiscalizador das políticas públicas, sobretudo como protetor dos condicionantes e determinantes na qualidade de vida e saúde no país.⁽¹⁾

É o intitulado “Estado de bem-estar social” aquele que administra as situações-problema de sua nação, que se faz presente fortemente nas políticas públicas, visando à proteção social e às prestações de bens e serviços de saúde, educação, cultura, lazer, transporte, segurança, habitação, alimentação adequada e segura, liberdade, acesso e posse da terra, emprego, trabalho e, sobretudo, redistribuição de renda, bens considerados direitos sociais, tendo a saúde como um bem fundamental à vida da sociedade.

É por essa ambivalência que o Estado brasileiro, do período colonial até atualidade, é um campo de disputa entre interesses públicos e privados, entre o Estado democrático de direito à cidadania plena, portanto referenciado pelas teorias de justiça social, e o Estado liberal, ancorado na ideologia do capital e dos meios de produção. Neste caso, o Estado é um instrumento da classe hegemônica, servindo para mediar as relações antagônicas entre ela e a classe explorada. Assim, reafirma-se o papel do Estado como gestor, executor e financiador das políticas das classes hegemônicas.⁽²⁻⁴⁾

Como contraposição, há o pensamento social em saúde, segundo o qual emerge o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (PRSB), a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional da Atenção Primária à Saúde (APS) e suas estratégias organizativas. Nesse âmbito, a Enfermagem brasileira vem imprimindo novas dinâmicas quanto à forma de tecer saberes e práticas nas iniciativas de estruturar redes integradas de atenção à saúde nos diversos e complexos territórios de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), materializando as bases edificantes de um novo modelo de atenção à saúde.⁽⁵⁾

Objetiva-se refletir sobre a experiência brasileira da APS na perspectiva das práticas de Enfermagem.

MÉTODOS

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo, desenvolvido a partir das experiências, acadêmicas e profissionais dos autores; que analisam, refletem e contextualizam a contribuição da Enfermagem brasileira na extensão e profundidade dos atributos essenciais e derivados da APS, enraizados nos valores, princípios e diretrizes de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cura nos processos de saúde-doença-cuidado. Desenvolvemos alguns elementos, elucidando os valores, princípios e diretrizes organizativas da APS, ressaltando aspectos históricos importantes e suas conquistas, resultantes dos processos da reforma do setor Saúde, durante e após a Constituição Federal de 1998.

Enfoques à consolidação das práticas da enfermagem na APS

Reconhecemos as conquistas do SUS no acesso aos serviços de saúde como direito de cidadania. O SUS representa a maior política pública de inclusão social, entretanto, a construção de um modelo de atenção à saúde integral, familiar e comunitária ainda se constitui como um desafio. Autores⁽⁶⁻¹⁰⁾ apresentam elementos discursivos acerca do modelo biomédico hegemônico, ainda persistente no SUS, no tocante às ineficiências, efetividades, iniquidades e insatisfação da população, em territórios complexos de um país continental e com profundas desigualdades.

Tal modelo, ancorado no conhecimento biológico, na instituição hospitalar e nos procedimentos de apoio diagnóstico e terapêuticos centrados no médico, reforça a hegemonia do poder corporativo e a supremacia médica propagando a medicina como uma ciência superior às outras, no particular à Enfermagem, gerando espaços de conflitos e disputas de diferentes naturezas.

Essas disputas, reafirmadas no cotidiano das práticas de saúde há décadas, imprimem uma coexistência entre o “novo e o velho”. Processuais como são, exigem reformas estruturantes no modelo de atenção e gestão, no qual a APS coordene o modo organizativo dos sistemas municipais de saúde por meio de Redes Integradas do Cuidado à Saúde, referenciadas pelas expectativas e necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades.

Com isso, ao longo das últimas três décadas, os saberes e práticas da Enfermagem, tendo como marco a implantação das estratégias do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991) e de Saúde da Família (1994), vêm se instituindo e fortalecendo. É fato que essa fortaleza é consequência das responsabilidades sócio-político-sanitárias do corpo de enfermagem que ocupa espaços estratégicos nos

5.570 municípios brasileiros, desde a origem da formulação do PACS/PSF.

A Enfermagem brasileira contribui com a extensão e profundidade dos atributos essenciais e derivados da APS, como acesso no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e competência cultural, mediando o vínculo interprofissional com a população e objetivando o exercício de práticas acolhedoras e resolutivas, circunscritas a um conjunto de ações individuais ou coletivas. Essas ações devem se enraizar nos valores, princípios e diretrizes de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cura nos processos de saúde-doença-cuidado.

Em diálogo com Starfield,⁽¹¹⁾ Sousa⁽⁶⁾ reafirma que essa agenda ainda é incompleta. E sua incompletude consiste no fato de ainda ser necessário garantir a dignidade a todas as pessoas, independentemente de raça, gênero, cor, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, classe social ou posicionamento político.

A não efetividade dessa agenda impõe a tomada de consciência acerca das contradições entre o ideal dos elementos constituintes da ESF/APS e os desafios do mundo real, entre eles: a decisão política dos gestores do SUS de obter um novo modelo de atenção à saúde; ampliação e qualificação do acesso; financiamento sustentável; estruturação de projetos de educação e formação permanente para os profissionais; e o provimento de bases materiais à coordenação do cuidado, individual e coletivo, para que as práticas das/os enfermeiras/os sejam capazes de imprimir outros modos, autônomos e legítimos, às relações de compartilhamento de poderes e saberes organizativos nos sistemas municipais de saúde.

Enquanto a tomada de decisão dos gestores quanto a mudar a forma de organização dos sistemas e serviços de saúde for balizada pelo desejo apenas de captação de recursos financeiros, o modelo hegemônico reproduzirá a ineficiência, a falta de efetividade, a iniquidade e, sobretudo, a insatisfação da população.

Quanto à ampliação do acesso, é preciso reconhecer a persistência das desigualdades entre regiões, municípios e territórios inóspitos. Houve uma expansão progressiva de 45.427 mil equipes daESF, da qual a Enfermagem é parte integrante, registrando a cobertura de 133.710.730 milhões de pessoas - o que representava 63,62% da população brasileira.⁽¹²⁾ Ainda assim, saltam aos olhos desigualdades marcadas por: altos índices de exclusão no acesso aos serviços de saúde; agravos de saúde característicos dos grandes centros; oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída. Portanto, os desafios de

ontem e de hoje permanecem no modo de tentarmos responder à expansão e qualificação da APS e de suas estratégias prioritárias para a organização e estruturação de redes integradas de atenção à saúde.

No tocante ao financiamento sustentável dos investimentos das equipes da ESF/APS, é interessante frisar que a maior parte dos municípios utiliza, para o custeio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), os recursos transferidos através dos incentivos federais, os quais são insuficientes para mantê-las funcionando segundo as reais necessidades da população. Isso exige dos municípios aporte de recursos próprios adicionais.

Porém, o adicionamento desses recursos está cada vez mais restrito em função das fortes sobrecargas das finanças municipais, prejudicando-se sobremaneira a capacidade de seu investimento. Tal problema se agrava com o novo modelo de financiamento de custeio da APS, composto por captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. É importante lembrar que os valores mínimos a serem aplicados anualmente são baseados na Emenda Constitucional nº 29/2000, na Lei Complementar nº 141/2012 e na Portaria nº 3.992/2017.⁽¹³⁾

Assim, em um país onde os municípios têm alto nível de desigualdade de renda e de recursos próprios, pode-se dizer que os incentivos federais cumprem um papel importante na garantia da equidade nos investimentos. Tudo isso lembra a necessidade de definir mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais e para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção do SUS.

Quanto aos gestores, estes não compreendem que, sem projetos de formação e educação permanente para os profissionais envolvidos com a organização da APS/ESF, os municípios seguirão enfrentando dificuldades em dispor de perfil adequado e qualificado para a responsabilidade sócio-sanitária com vistas à inversão do modelo de atenção à saúde, e reproduzindo alta rotatividade, precarização e insatisfação dos trabalhadores da saúde.

Dito isso, as barreiras para a organização de projetos de capacitação, formação e educação permanente para o pessoal da APS continua sendo uma questão a ser enfrentada, enquanto política de Estado capaz de levar adiante mudanças em curso na formação, sobretudo a dos profissionais da Enfermagem. Busca-se que esses profissionais estejam preparados e comprometidos para exercer a prática da saúde integral, familiar e comunitária.

O olhar sobre a experiência brasileira da APS, numa perspectiva das práticas de Enfermagem, nos leva a compreender que a análise do trabalho em saúde na APS,

aponta para uma busca necessária de superação da fragmentação do processo de trabalho, das relações entre os diferentes profissionais e do entendimento de saúde como simples ausência de doença (cultura sanitária biomédica), bem como para a ampliação e o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica, cultural e de qualidade de vida.⁽¹⁴⁾

As práticas de Enfermagem na APS estão definidas na Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/86), em Portarias Regulamentadoras do COFEN/CORENs, e na Portaria nº 2.436/2017,⁽¹³⁾ a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB); orientadas em documentos técnicos do Ministério da Saúde, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas e outras normativas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

Além das ações gerenciais, constam na PNAB⁽¹³⁾ as atribuições específicas das/os enfermeiras/os atuantes na APS em relação à prática clínica; e consistem em ações como consultas de enfermagem a diferentes grupos de usuários, realização do pré-natal de baixo risco; consultas de seguimento a hipertensos e diabéticos; puericultura; consultas a pessoas com doenças transmissíveis; acompanhamento e manejo de casos de saúde mental; dentre outras demandas das comunidades. Associam-se ao escopo das competências prescrições de medicamentos e solicitações de exames, sempre respaldadas nas legislações, protocolos, relatórios técnicos e outras normativas, conforme já destacamos anteriormente.

Assim, as/os enfermeiras/os buscam exercer autonomia profissional e legitimar suas práticas, desenvolvendo atividades junto aos indivíduos, famílias e comunidades nos territórios de atuação, visando garantir a integralidade da assistência em todas as fases do ciclo de vida.

Para tanto, faz-se necessário que os profissionais da Enfermagem atuantes nas equipes da ESF/APS estejam adequadamente providos no que diz respeito a preparação/formação, equipamentos, instrumentos, reconhecimento, investimentos e qualificação, por serem atores essenciais para a consolidação da coordenação do ato de cuidar.

Defendemos que um processo de trabalho na APS bem-estruturado é fundamental para que enfermeiras/os possam avançar na garantia tanto da universalidade do acesso quanto da integralidade da atenção, da melhoria do bem-estar e do próprio trabalho, pois nem sempre nos serviços primários esses profissionais conseguem garantir a execução de procedimentos sanitários legitimados pelas resoluções profissionais e por sua formação específica.

Muitas UBS possuem em seus quadros enfermeiras e enfermeiros generalistas que apresentam as mesmas

competências de um profissional especialista, e ambos devem atuar com cientificismo e criticidade na resolução dos problemas de saúde que chegam aos serviços primários, dando resposta satisfatória aos usuários e acompanhando as famílias de forma longitudinal, com intervenções nos episódios agudos e crônicos. Entretanto, demandas cada vez mais específicas da população apontam para a incorporação de atividades novas e complexas, que exigem desses profissionais uma competência ampliada para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

Ainda que existam inúmeras diferenças regionais, as práticas de enfermagem são universais, advindas da formação científica da profissão. De modo geral, enfermeiras/os da ESF são responsáveis pelo cuidado individual, familiar ou comunitário, colaborando com bons resultados para o sistema de saúde, principalmente quando relacionados à longitudinalidade da atenção – o que envolve a continuidade dos cuidados, contribuindo para a adesão terapêutica.

De forma ampla, três elementos são imprescindíveis à composição da longitudinalidade: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária; o vínculo terapêutico duradouro entre “usuários” e profissionais de saúde da equipe local; e a continuidade informacional.¹⁵ Esse cuidado pode ou não ser reconhecido socialmente, pois em muitos lugares as/os enfermeiras/os atuam mais como supervisoras/es de UBS ou do pessoal de nível médio de enfermagem.

Os olhares sobre as Práticas da Enfermagem na APS nos fazem perceber que, mesmo diante dos conflitos na busca da superação do modelo tradicional de atenção à saúde, a Enfermagem brasileira vem imprimindo novos modos de cuidado no cotidiano do trabalho, com estabelecimento de vínculos, responsabilização, escuta qualificada e acolhimento aos usuários, e fortalecendo a APS e a ESF. Ao mesmo tempo que ganha reconhecimento e valorização, reforça-se a luta da categoria na perspectiva de melhoria das condições de trabalho, redução da carga horária de trabalho, piso salarial digno, que ainda configuram conquistas importantes a serem legitimadas na trajetória de luta da Enfermagem.

Em síntese: é preciso seguir construindo a APS

Ao reconhecermos os desafios históricos à consolidação do SUS e ao estabelecimento da APS como política nacional, tendo na ESF sua base estruturante de Redes Integradas à Saúde, assumimos a importância de seguir reafirmando que, para construirmos um novo modelo de atenção e gestão à saúde, faz-se necessário ter firme decisão política, conhecimento técnico-científico, pensamento

estratégico-operacional, capacidade governativa e, sobretudo, consciência sanitária, sem a qual os valores, princípios e diretrizes da APS, nos sentidos que trazem neste artigo, seguem reproduzindo as desigualdades de ordem social, política, econômica, institucional e cultural.

Dito de outra forma, qualquer tentativa de redução das bases doutrinárias e estratégias operacionais da APS – e, por consequência, da ESF – à organização de um novo modelo de atenção à saúde reforça a ideologia liberal enraizada nos aparelhos do Estado e oculta milhares de experiências exitosas desenvolvidas nos municípios brasileiros, resultantes de práticas inovadoras sobretudo da Enfermagem, revestida de conhecimento, competência, habilidade e atitudes diante do compromisso ético-político-técnico-científico de mudar o modelo de atenção à saúde no país.

E a Enfermagem brasileira vem assumindo sua função político-sócio-sanitária nos processos saúde-doença-cuidado há décadas, com olhares singulares a cada indivíduo, família e comunidade e suas expectativas de saúde, que devem estar presentes nos diferentes espaços de ordenamento de redes integradas de saúde. Em tais espaços, a APS deve ser o referencial para acolher as pessoas nas suas mais diferentes necessidades.

Esses olhares fundamentam-se na mudança de paradigma que representaram, na história da saúde pública-coletiva, os ideários do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, buscando assegurar o direito universal, integral e equânime, com vínculos e cuidados humanizados, que respeitem os direitos humanos, articulem e integrem as políticas públicas e o cuidado em saúde das pessoas do território.

Têm-se enfrentado inúmeros desafios de ordem social, política, econômica, institucional e cultural, materializados nas deficiências de coordenação/organização, gestão, financiamento, recursos humanos e estruturação das UBS. Sobretudo no cotidiano do trabalho das equipes da ESF, as práticas possuem um cunho mais médico-assistencial, dedicando-se menos à promoção da saúde; isso dificulta a construção do modelo de atenção integral, familiar e comunitária, orientado pelos valores e princípios éticos da solidariedade, igualdade e justiça social.

Há de se reconhecer o esforço brasileiro apesar das tendências neoliberais que prevaleceram nas décadas de 80 e 90, período em que o movimento da Reforma Sanitária consolidou um novo pacto federativo e social a partir de uma política setorial. Tal movimento optou pela ampliação da participação democrática e da garantia dos direitos de cidadania mediante a conformação de um sistema de saúde com características universalizantes, de cunho

igualitarista e sustentado pela ideia de justiça social, rumo à superação das desigualdades na saúde.

Essas desigualdades passaram a ser tratadas para além das diferenças entre grupos, incorporando às análises conceituais a dimensão da justiça social. Tal enfoque, além de caracterizar os diferentes tipos de desigualdade, remete a análise para o campo político, com a incorporação de valores éticos e morais explícitos nos pactos federativos, tendo primazia a Constituição Federal.

A desigualdade social em saúde refere-se às diferenças produzidas socialmente na qualidade de vida e na capacidade de ser e agir dos grupos sociais e individuais, porque essas diferenças são moralmente injustas. Por isso, precisamos vencer as muralhas do neoliberalismo econômico, dos privilégios de classes, dos corporativismos, que, à medida que o SUS avança, apresentar-lhe-ão uma resistência cada vez mais aberta ou disfarçada. No caso da ESF, tal disfarce é potencializado pela inércia de uma agenda incompleta; incompleta porque, ao longo de sua implantação e implementação, vem tendo dificuldades de ampliar as reais condições para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde, e de fazer consolidar no Brasil o modelo de atenção integral, familiar e comunitário.

Por se tratar de um ensaio teórico-reflexivo, sobre a complexidade das práticas de Enfermagem no âmbito da APS no contexto do sistema de saúde brasileiro, a limitação deste estudo consiste em não termos feitos possíveis comparações das práticas de enfermagem em outros países que assim como o Brasil, adotam a APS na sua organização.

Possibilitar aos profissionais e pesquisadores de enfermagem, uma reflexão crítico-política sobre as práticas de Enfermagem na APS brasileira, possibilitando-os uma leitura da realidade tendo em vista a necessidade do fortalecimento deste novo modelo de atenção, onde os profissionais de enfermagem, por meio de seu protagonismo, se apresentam como atores estratégicos nas mudanças de práticas e naintegralidade do cuidado neste cenário de atuação.

CONCLUSÃO

Em síntese, se faz necessário seguir imprimido movimentos ativos que ampliem as decisões políticas de assegurar a saúde como direito de cidadania plena, portanto como um bem fundamental do ser humano. Ademais, é preciso imprimir os valores, princípios e diretrizes da APS e consolidar a ESF, esta, enquanto base estruturante de um novo modelo de atenção, que se contrapõe ao modelo tradicional persistente hegemônico; e assim, fortalecer o sistema de saúde no Brasil.

CONTRIBUIÇÕES

Maria Fátima de Sousa - concepção do artigo; redação do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Betania

Maria dos Santos - revisão crítica do manuscrito. Elisabete Pimenta Araújo Paz - revisão crítica do manuscrito. José da Paz Oliveira Alvarenga - revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Sousa MF. Em defesa da vida: cuidemos uns dos outros [Internet]. 2020 [Acesso em junho de 2021]. Disponível em: <<http://www.fatimasousa.com/index.php/fique-sabendo/155-em-defesa-da-vida-cuidemos-uns-dos-outros>>
2. Marx K. 1818-1883 - Contribuição à crítica da economia política. 2a. ed. Trad. Fernandes F. São Paulo: Expressão Popular; 2008.
3. Engels F. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. Rio de Janeiro: Editora Civilização; 1982.
4. Gruppi L. O conceito de hegemonia em Gramsci. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
5. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(suppl 1):1325-35.
6. Paim JS. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface (Botucatu)*. 2002;5(9):143-6.
7. Mendes EV. Distrito sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
8. Campos GW. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde Debate*. 1992;37:16-9.
9. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde Debate*. 2003;27(65):257-77.
10. Sousa MF. Programa de Saúde da Família no Brasil: Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007. 250 p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Estratégia e-sus APS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [citado 2021 Set 12]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/index.html>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [citado 2021 Set 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
14. Galavote HS, Zandonade E, Garcia AC, Freitas PS, Seidl H, Contarato PC, et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):90-8.
15. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(suppl 1):1029-42.