

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO DA PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) SOB À LUZ DAS PROPOSTAS DE EMERSON MERHY

COMPREHENSIVE CARE IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE (PHC) IN LIGHT OF EMERSON MERHY'S PROPOSALS

ATENCIÓN INTEGRAL EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) A LA LUZ DE LAS PROPUESTAS DE EMERSON MERHY

 <https://doi.org/10.56238/arev7n7-263>

Data de submissão: 22/06/2025

Data de publicação: 22/07/2025

Richardson Lemos de Oliveira

Doutorando em Enfermagem e Biociências

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Endereço: Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: richardsonoliveiranutri@edu.unirio.br

Danilo Lima Ceccon

Doutorando em Enfermagem e Biociências

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Endereço: Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: danilolima_ceccon@hotmail.com

Andréa de Sant'Ana Oliveira

Mestre em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Endereço: Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: andreaoliveira@xcoren-rj.org.br

Sueli de Souza Gomes

Mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar

Instituição: Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS)

Endereço: Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: suelgomes@gmail.com

Saulo Nogueira Hermosilla de Almeida

Mestre em Ensino em Ciência da Saúde e do Meio Ambiente

Instituição: Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA)

Endereço: Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: salmeida25@gmail.com

Joanir Pereira Passos

Doutora em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Endereço: Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: joppassos@hotmail.com

Paula Paraguassú Brandão

Pós-doutora em Biociências

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Endereço: Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: dra.paulaparaguassu@gmail.com

Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscheck

Professora associada em Enfermagem de Saúde Coletiva

Instituição: Universidade de São Paulo (USP)

Endereço: São Paulo, Brasil

E-mail: grischeck@usp.br

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar as tecnologias do cuidado predominantes nas práticas cotidianas da Atenção Primária à Saúde (APS), compreender como a combinação dessas tecnologias contribui para a construção da integralidade do cuidado e discutir as contribuições do referencial teórico de Emerson Merhy no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma revisão integrativa com abordagem qualitativa, que incluiu dez estudos selecionados a partir de critérios de inclusão e exclusão, conforme a estratégia PICo. Os dados foram analisados criticamente à luz da micropolítica do trabalho vivo em saúde, proposta por Merhy. Os resultados apontaram que as tecnologias leves, como a escuta qualificada, o acolhimento e a construção de vínculo, são centrais na prática cotidiana dos profissionais da APS, embora ainda subvalorizadas frente ao predomínio das tecnologias duras e leve-duras. Constatou-se que a efetivação da integralidade exige a articulação entre diferentes tecnologias do cuidado, com ênfase na dimensão relacional do processo de trabalho. A teoria de Merhy foi fundamental para compreender o cuidado como um ato ético, estético e político, produzido no encontro entre trabalhador e usuário. Conclui-se que, para consolidar a integralidade no SUS, é necessário reorientar os processos formativos e os modelos de gestão, reconhecendo o território como espaço vivo de cuidado e promovendo práticas que valorizem a autonomia e os saberes locais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Integralidade. Tecnologias do Cuidado. Micropolítica. Emerson Merhy.

ABSTRACT

This study aimed to identify the predominant care technologies in the daily practices of Primary Health Care (PHC), understand how the combination of these technologies contributes to building comprehensive care, and discuss the contributions of Emerson Merhy's theoretical framework within the context of Brazil's Unified Health System (SUS). It is an integrative review with a qualitative approach, including ten studies selected based on defined inclusion and exclusion criteria, following the PICo strategy. The data were critically analyzed through the lens of the micropolitics of living labor in health, as proposed by Merhy. The results revealed that light technologies—such as qualified listening, welcoming, and bond-building—are central to PHC professionals' routine practices, although they remain undervalued compared to the predominance of hard and light-hard technologies. It was found that achieving comprehensive care requires the articulation of different care technologies, emphasizing the relational dimension of work processes. Merhy's theory was essential to understanding care as an ethical, aesthetic, and political act, produced in the encounter between worker and user. The study concludes that to consolidate comprehensiveness in the SUS, it is necessary to reorient both training processes and management models, recognizing the territory as a living space for care and promoting practices that value autonomy and local knowledge.

Keywords: Primary Health Care. Comprehensiveness. Care Technologies. Micropolitics. Emerson Merhy.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar las tecnologías de cuidado predominantes en las prácticas cotidianas de Atención Primaria de Salud (APS), comprender cómo la combinación de estas tecnologías contribuye a la construcción de una atención integral y discutir las contribuciones del marco teórico de Emerson Merhy en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS). Se trata de una revisión integradora con un enfoque cualitativo, que incluyó diez estudios seleccionados con base en criterios de inclusión y exclusión, de acuerdo con la estrategia PICo. Los datos se analizaron críticamente a la luz de la micropolítica de Merhy del trabajo vivo en salud. Los resultados indicaron que las tecnologías blandas, como la escucha calificada, la acogida y el vínculo, son centrales en la práctica diaria de los profesionales de APS, aunque aún subvaloradas en comparación con el predominio de las tecnologías duras y blandas-duras. Se encontró que alcanzar la atención integral requiere la articulación de diferentes tecnologías de cuidado, con énfasis en la dimensión relacional del proceso de trabajo. La teoría de Merhy fue fundamental para comprender el cuidado como un acto ético, estético y político, producido en el encuentro entre trabajador y usuario. La conclusión es que, para consolidar la atención integral en el SUS, es necesario reorientar los procesos de formación y los modelos de gestión, reconociendo el territorio como un espacio vital de cuidado y promoviendo prácticas que valoren la autonomía y el conocimiento local.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Atención Integral. Tecnologías del Cuidado. Micropolítica. Emerson Merhy.

1 NOTAS INTRODUTÓRIAS

A compreensão do cuidado em saúde tem se ampliado significativamente nas últimas décadas, especialmente com a contribuição de autores como Emerson Elias Merhy, que introduz o conceito de "tecnologias do cuidado" como uma abordagem inovadora da prática clínica e da organização dos serviços de saúde. Para Merhy (2002), a produção do cuidado não se limita ao uso de tecnologias duras, como equipamentos e procedimentos técnicos, mas envolve sobretudo as tecnologias leves e levaduras, representadas pelas relações entre profissional usuários, o acolhimento e a escuta qualificada.

Nesse sentido, Merhy (2002) propõe uma inversão da lógica tradicional de atenção à saúde, destacando a centralidade do trabalho vivo em ato, ou seja, o encontro entre trabalhador e usuário como espaço privilegiado da produção de cuidado. Tal abordagem valoriza a singularidade dos sujeitos e promove o fortalecimento de vínculos, sendo essencial para a efetividade dos serviços na Atenção Básica.

A Atenção Básica, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constitui-se como a principal porta de entrada, preferencial, do Sistema Único de Saúde (SUS) e é responsável pela coordenação do cuidado e ordenação das redes de atenção (BRASIL, 2017). De acordo com a PNAB, suas funções abrangem a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, sendo ofertada por meio de práticas integrais e contínuas ao longo do tempo, com base em critérios de territorialização e adscrição da população.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada no Brasil nos anos 1990, representa a principal estratégia de consolidação da Atenção Básica. Composta por equipes multiprofissionais atuando de forma interdisciplinar em territórios definidos, a ESF promove ações de cuidado centradas na família e no contexto comunitário. Conforme a PNAB (2017), as equipes da ESF devem atuar com base na responsabilidade sanitária sobre a população adstrita, articulando ações individuais e coletivas com enfoque preventivo, curativo e reabilitador.

A efetividade da Atenção Básica depende, ainda, de ações intersetoriais. A intersetorialidade consiste na articulação entre diferentes setores – como saúde, educação, assistência social, habitação e saneamento – com o objetivo de enfrentar de maneira integrada os determinantes sociais da saúde. Para Campos (2000), a intersetorialidade é condição essencial para a promoção da equidade e da justiça social, exigindo a construção de políticas públicas que dialoguem entre si e superem a fragmentação das ações estatais.

Dessa forma, a tecnologia do cuidado, como propõe Merhy, deve estar articulada a uma lógica de redes de atenção territorializadas, intersetoriais e centradas no sujeito. O trabalho em saúde, mediado pelas relações humanas e pela escuta das necessidades dos usuários, transforma-se em um

potente instrumento de transformação social, especialmente quando realizado de forma articulada e contínua ao longo do tempo e dos espaços em que a vida se organiza.

O conceito de territorialização é fundamental nesse processo. Segundo Starfield (2002), o território permite o conhecimento das características sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas da população, tornando-se um instrumento estratégico para a organização do cuidado. A identificação dos determinantes sociais da saúde em cada território permite a formulação de respostas mais adequadas às necessidades reais da população.

Sendo assim, o fortalecimento da Atenção Básica exige a valorização das tecnologias leves do cuidado, a promoção da intersetorialidade e a aplicação dos princípios da territorialização como eixos estruturantes das práticas em saúde. Tais elementos contribuem para um modelo de atenção mais próximo das reais necessidades da população, em consonância com os princípios do SUS e com os ideais de integralidade, equidade e universalidade.

Mediante o texto descrito acima, os autores deste estudo buscam compreender, de que modo a Atenção Primária à Saúde (APS) se articula com as tecnologias do cuidado em saúde para promover a integralidade do cuidado nas práticas cotidianas, segundo a perspectiva de Emerson Merhy?

Para elucidação do questionamento, os autores buscam: Identificar as tecnologias do cuidado predominantes nas práticas cotidianas dos profissionais da Atenção Primária; Compreender como a combinação dessas tecnologias contribui para a construção da integralidade do cuidado e por fim, discutir as contribuições do referencial de Emerson Merhy na compreensão dos modos de produção do cuidado no SUS.

2 ESTADO DA ARTE: “A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO NO CUIDADO EM SAÚDE: INTERFACES, DESAFIOS E POTENCIALIDADES”

O conceito de micropolítica do trabalho vivo emerge dos estudos da análise institucional e da saúde coletiva, trazendo uma nova perspectiva para compreender os processos de trabalho em saúde. Segundo Merhy (2002), o trabalho em saúde não se reduz aos protocolos, normas ou tecnologias materiais; ele é, essencialmente, uma produção viva, que ocorre no encontro singular entre trabalhador e usuário, mobilizando afetos, saberes e relações.

“A saúde não se produz apenas nos serviços, mas no modo como os encontros se dão, na capacidade de produzir sentido, acolhimento e transformação” (MERHY, 2002, p. 32).

A partir dessa lógica, a produção do cuidado é inseparável das relações que se estabelecem no ato do trabalho. Merhy e Franco (2008) apontam que o cuidado se constrói no plano micropolítico, isto

é, no território das interações, das negociações e das invenções cotidianas. Isso implica compreender que os trabalhadores não são meros executores de tarefas, mas sujeitos ativos na co-construção do cuidado.

De acordo com Ayres (2004), essa concepção desafia modelos tradicionais, centrados na doença e no procedimento, propondo uma lógica que valoriza o sujeito, suas necessidades, seus desejos e seu projeto de vida. Isso desloca o foco do tratamento para a integralidade do cuidado.

“Cuidar é muito mais do que aplicar uma técnica ou prescrever um remédio; é um ato ético, estético e político, que implica reconhecer o outro em sua singularidade” (AYRES, 2004, p. 137).

As Tecnologias no Trabalho em Saúde para Merhy (2005) propunha uma tipologia das tecnologias que estruturam o trabalho em saúde, divididas em três categorias:

- ❖ **Tecnologias Leves:** São aquelas centradas nas relações humanas. Incluem a escuta, o acolhimento, a construção de vínculo, a empatia e a co-responsabilização. São fundamentais para a produção de um cuidado que considera a singularidade dos sujeitos e seus contextos. Ayres (2004) reforça que o manejo dessas tecnologias exige sensibilidade ética e estética dos profissionais.
- ❖ **Tecnologias Leve-Duras:** Compreendem os saberes estruturados, os conhecimentos técnicos, científicos e operacionais, como protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e procedimentos técnicos. Esse tipo de tecnologia permite dar racionalidade, previsibilidade e segurança aos processos de trabalho.
- ❖ **Tecnologias Duras:** Envolvem os equipamentos, máquinas, exames, instrumentos e toda base material que sustenta o cuidado técnico-operacional. Embora fundamentais, seu uso isolado pode gerar práticas mecanicistas, fragmentadas e desumanizadas, se não estiver articulado às tecnologias leves.

Segundo Franco e Merhy (2003), o grande desafio contemporâneo do SUS é reorganizar seus modelos de atenção e gestão, de modo que as tecnologias leves ocupem o centro do processo de trabalho, sem descartar as outras, mas subordinando-as às necessidades dos sujeitos.

Feuerwerker (2014) destaca que, na prática, as instituições de saúde ainda priorizam o uso de tecnologias duras e leve-duras, relegando as tecnologias leves a um plano secundário, apesar de serem elas que efetivamente produzem vínculo, acolhimento e cuidado qualificado.

Isso revela a necessidade de uma transformação dos processos de formação dos profissionais de saúde, que historicamente foram educados sob uma lógica biomédica, centrada na doença, no procedimento e no saber técnico. Segundo Campos (2000), essa mudança exige processos educativos que valorizem a clínica ampliada, a escuta, a comunicação e a produção compartilhada de projetos terapêuticos.

“Sem vínculo, não há cuidado. Sem escuta, não há possibilidade de clínica. Sem cogestão, não há sustentabilidade do cuidado em saúde” (CAMPOS, 2000, p. 78).

A Micropolítica como Produção de Autonomia na perspectiva da micropolítica, cada encontro no serviço de saúde é um território de potência, onde se podem produzir autonomia, protagonismo e cuidado compartilhado. Isso exige dos trabalhadores uma atitude ética, reflexiva e sensível, capaz de lidar com os afetos, os conflitos e as imprevisibilidades do cotidiano do trabalho.

Deleuze e Guattari (1995) contribuem para essa reflexão ao afirmar que a produção de sentido e de cuidado ocorre em redes, fluxos e conexões, e não em estruturas rígidas. Assim, o trabalho vivo é rizomático, criativo e aberto às multiplicidades.

“Trabalhar com micropolítica é estar atento às linhas de fuga, às potências de vida que escapam às capturas institucionais, produzindo cuidado onde parecia não haver” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 18).

Compreender e atuar na micropolítica do trabalho em saúde não é uma escolha técnica, mas uma postura ética e política, que reconhece que o cuidado se dá no encontro, na relação e na construção de sentidos compartilhados. Isso exige práticas centradas no sujeito, na escuta, na produção de vínculos e na gestão compartilhada do processo de cuidado.

3 “O TERRITÓRIO VIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)”

O conceito de território vivo na Atenção Primária à Saúde transcende a ideia meramente geográfica, cartográfica ou administrativa. No campo da Saúde Coletiva, especialmente no SUS, o território é entendido como um espaço socialmente construído, que abriga relações, histórias, modos de vida, vulnerabilidades e potências dos sujeitos que nele vivem.

Segundo Campos e Campos (2006), o território na APS não é apenas um local, mas uma construção dinâmica, onde se estabelecem vínculos, práticas de cuidado e produção de saúde. É um território vivido, carregado de afetos, pertencimento, conflitos e sociabilidades.

“O território não se limita ao espaço físico delimitado. Ele é também um espaço relacional, simbólico, cultural e político, onde se dão as práticas de vida e de cuidado” (CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 47).

De acordo com Merhy (2002), o território na APS é um “território vivo”, onde os sujeitos constroem seus projetos de vida, suas redes de apoio e suas estratégias de cuidado, frequentemente invisíveis para os sistemas formais de saúde. É neste espaço que o trabalho vivo se dá em sua plenitude, exigindo dos profissionais sensibilidade para captar demandas explícitas e, sobretudo, as demandas ocultas, que emergem das relações e do cotidiano.

Feuerwerker (2014) reforça que o território é o lugar onde se materializam as desigualdades sociais, os determinantes sociais da saúde e, simultaneamente, as potências de transformação, através da construção coletiva do cuidado.

“O território é um campo de forças, onde coexistem vulnerabilidades, potências, desejos e saberes, que precisam ser reconhecidos e mobilizados no processo de cuidado” (FEUERWERKER, 2014, p. 65).

Trabalhar no território vivo da APS exige que os profissionais operem predominantemente com tecnologias leves, como vínculo, escuta, acolhimento e responsabilização compartilhada. Este trabalho não é neutro, mas atravessado por uma micropolítica que envolve negociações, afetos, mediações e enfrentamento de contradições.

Franco e Merhy (2003) destacam que, no território, os processos de trabalho não são lineares, exigindo permanente negociação entre as necessidades da população, os recursos disponíveis e os saberes locais.

“A construção do cuidado no território é sempre uma invenção, uma composição singular entre sujeitos, saberes e possibilidades” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 319).

A partir da concepção de cogestão do cuidado, como propõe Campos (2000), o território deve ser entendido como espaço de construção coletiva dos projetos terapêuticos, onde trabalhadores e usuários deixam de ser vistos como objetos e passam a ser sujeitos ativos na definição de ações.

“O território, na APS, é mais do que cenário: é protagonista do cuidado, pois é nele que se desenham os projetos de vida e as estratégias de resistência dos sujeitos” (CAMPOS, 2000, p. 74).

Essa lógica se articula diretamente com o conceito de clínica ampliada, em que o cuidado ultrapassa os limites da clínica tradicional e incorpora os determinantes sociais, culturais e afetivos presentes no território.

Entre os desafios para atuar no território vivo estão:

- ❖ A fragmentação das políticas públicas.
- ❖ A precarização das condições de trabalho na APS.
- ❖ A dificuldade de articulação intersetorial.
- ❖ A invisibilização de saberes e práticas populares.

Por outro lado, as potências do território se revelam na possibilidade de construção de redes de cuidado, de fortalecimento dos vínculos comunitários, na valorização dos saberes locais e na promoção da autonomia dos sujeitos.

“A potência do território vivo está justamente na possibilidade de construção de arranjos coletivos, capazes de enfrentar as vulnerabilidades e produzir cuidado integral” (FEUERWERKER, 2014, p. 88).

4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESPAÇO DE MICROPOLÍTICA, TERRITÓRIO VIVO E PRODUÇÃO DE CUIDADO INTEGRAL

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição central na organização dos sistemas de saúde, sendo reconhecida mundialmente como eixo estruturante de práticas que favorecem o acesso, a integralidade e a equidade. As contribuições de Barbara Starfield (2002) são fundamentais para essa compreensão, ao destacar que a APS se constitui por atributos essenciais — acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado — e por atributos derivados — orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Ao discutir a APS como espaço de cuidado integral, Starfield (2002) ressalta que os sistemas de saúde fortemente orientados pela APS obtêm mais bem resultados em saúde, com maior eficiência, equidade e redução de custos. Essa lógica se articula diretamente aos princípios da micropolítica do trabalho vivo em saúde, conforme descrito por Merhy (2002) e Feuerwerker (2014), que reconhecem o cuidado como uma produção relacional, construída no encontro entre trabalhador e usuário.

“O cuidado não é uma mercadoria nem um protocolo a ser aplicado. Ele se realiza no território vivo, nas relações e nos afetos que se estabelecem no encontro singular entre quem cuida e quem é cuidado” (MERHY, 2002, p. 45).

Nesse sentido, o conceito de território vivo, amplamente utilizado no campo da Saúde Coletiva no Brasil, ganha força. O território não é apenas um espaço físico, mas um espaço social, cultural, político e simbólico, onde se manifestam as condições de vida, os processos de adoecimento, os determinantes sociais e as potências de produção de vida (CAMPOS; CAMPOS, 2006).

“A centralidade nas tecnologias leves não elimina as demais, mas as articula em função das necessidades do sujeito e da comunidade” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 318).

Por sua vez, a orientação comunitária, defendida por Starfield (2002) como atributo fundamental da APS, conecta-se diretamente à ideia de território vivo, uma vez que pressupõe a escuta das demandas do território, o reconhecimento das práticas e saberes locais e a construção compartilhada dos projetos terapêuticos singulares.

5 TERRITÓRIO VIVO COMO ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE AUTONOMIA

No território, a APS se torna espaço de articulação entre diferentes saberes, práticas e potências. É nele que trabalhadores e usuários constroem, de forma compartilhada, respostas às necessidades de saúde, muitas vezes invisíveis aos olhares biomédicos tradicionais.

“Trabalhar no território vivo significa lidar com o imponderável, com as forças que atravessam a vida e a produção do cuidado, exigindo sensibilidade, ética e invenção” (FEUERWERKER, 2014, p. 66).

Essa perspectiva reforça a necessidade de uma APS que vá além do modelo assistencialista ou prescritivo, caminhando na direção de uma clínica ampliada, comprometida com a produção de autonomia, de sujeitos e de cuidado integral (CAMPOS, 2000).

Articulação entre Starfield e a Micropolítica

Ao integrar as contribuições de Starfield à micropolítica do cuidado, percebe-se que:

- ❖ A longitudinalidade favorece o fortalecimento do vínculo e da responsabilização, elementos centrais das tecnologias leves.
- ❖ A coordenação do cuidado é fundamental para a articulação entre as tecnologias leve-duras e duras, evitando a fragmentação.
- ❖ A orientação comunitária e a competência cultural dialogam diretamente com o conceito de território vivo, reconhecendo que o cuidado precisa ser contextualizado às realidades locais.

- ❖ A integralidade se concretiza não apenas na oferta de múltiplos serviços, mas na capacidade de produzir cuidado que reconheça o sujeito em sua totalidade, em seus projetos de vida e suas redes sociais.

Por fim, essa visão amplia a compreensão da APS como política pública e como prática social, demandando profissionais sensíveis, críticos e politicamente comprometidos com a transformação da realidade, a defesa do SUS e da saúde como direito universal.

6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma revisão integrativa, de abordagem qualitativa. Esta, considerada, finalmente, a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes [...] (Souza, et. al, 2010).

A abordagem qualitativa, é a referência a múltiplos métodos que implica pensar em enfoques complementares para dar conta do todo. Considerando o que foi por nós destacado, no sentido de que implantar e implementar ações humanizadoras na atenção à saúde envolve processos de largo prazo, dinâmicos e complexos, seu monitoramento e avaliação não podem se restringir a verificar simplesmente se as metas são ou não alcançadas; é necessária uma abordagem ampliada, que inclua os “comos”, os “porquês” do processo. Por essa razão é que advogamos pelo uso de uma abordagem qualitativa, por meio de técnicas de pesquisa que coletem dados dessa dimensão (qualitativa), que procurará identificar e compreender os elementos que possam justificar os números encontrados. (Martins e Bógus, 2004).

Além disso, a abordagem qualitativa refere-se a estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias. Tem abordado, entre outros temas: mecanismos de adaptação; adesão e não adesão a tratamentos; estigma; cuidados; reações e papéis de cuidadores profissionais e familiares; fatores facilitadores e dificuldades frente à profissão / frente ao tratamento / frente às condições de trabalho (Turato, 2003; Martins e Bógus, 2004).

A seguir, apresenta-se uma figura que representa ludicamente as fases para o desenvolvimento da revisão integrativa de modo respectivo:

Figura I: Processo de desenvolvimento e etapas da revisão integrativa



FONTE: Criação dos próprios autores

Conforme consta na imagem anterior, para o desenvolvimento de uma revisão integrativa é necessário seguir rigorosamente suas respectivas etapas. A primeira delas se dá na construção da pergunta que norteará o estudo. Para isto utilizou-se o acrônimo PICo para o desenvolvimento de pergunta guia.

Abaixo, apresenta-se um quadro explicativo com o acrônimo utilizado e suas importantes variáveis para esta construção:

QUADRO I: Estratégia PICo para a construção da pergunta norteadora

P (população)	Atenção Primária à Saúde (APS)
I (intervenção ou fenômeno de interesse)	Aplicação das tecnologias leve, leve-dura e dura no cuidado em saúde
Co (Contexto)	Integralidade do cuidado sob a perspectiva das práticas cotidianas do SUS, conforme a abordagem de Emerson Merhy

Fonte: Criação dos próprios autores

De que modo a Atenção Primária à Saúde (APS) se articula com as tecnologias do cuidado em saúde para promover a integralidade do cuidado nas práticas cotidianas, segundo a perspectiva de Emerson Merhy?

Na segunda fase, a busca em base de dados deve ser ampla e diversificada, contemplando a procura em bases eletrônicas, busca manual em periódicos, as referências descritas nos estudos selecionados, o contato com pesquisadores e a utilização de material não-publicado. Desta forma, a determinação dos critérios deve ser realizada em concordância com a pergunta norteadora, considerando os participantes, a intervenção e os resultados de interesse. (Souza et. al, 2010)

Na fase três, trata-se da coleta de dados. Nesta fase, os dados devem incluir: definição dos sujeitos, metodologia, tamanho da amostra, mensuração de variáveis, método de análise e conceitos embasadores empregados, porém, conforme orienta o mesmo texto de Souza et. al, (2010) com a orientação de um instrumento básico, construído de forma adaptada para esta pesquisa.

A quarta fase, será importante para a seleção dos estudos através da combinação dos descritores e a seleção dos estudos para análise nas bases de dados. Para isto, será utilizada a combinação dos descritores em saúde DeCS and MeSH. A combinação de descritores: “atenção primária à saúde”; “integralidade em saúde”; “política de saúde” ou “qualidade da tecnologia em saúde” deram origem a 359 artigos um recorte temporal de 5 anos (2020 a 2025).

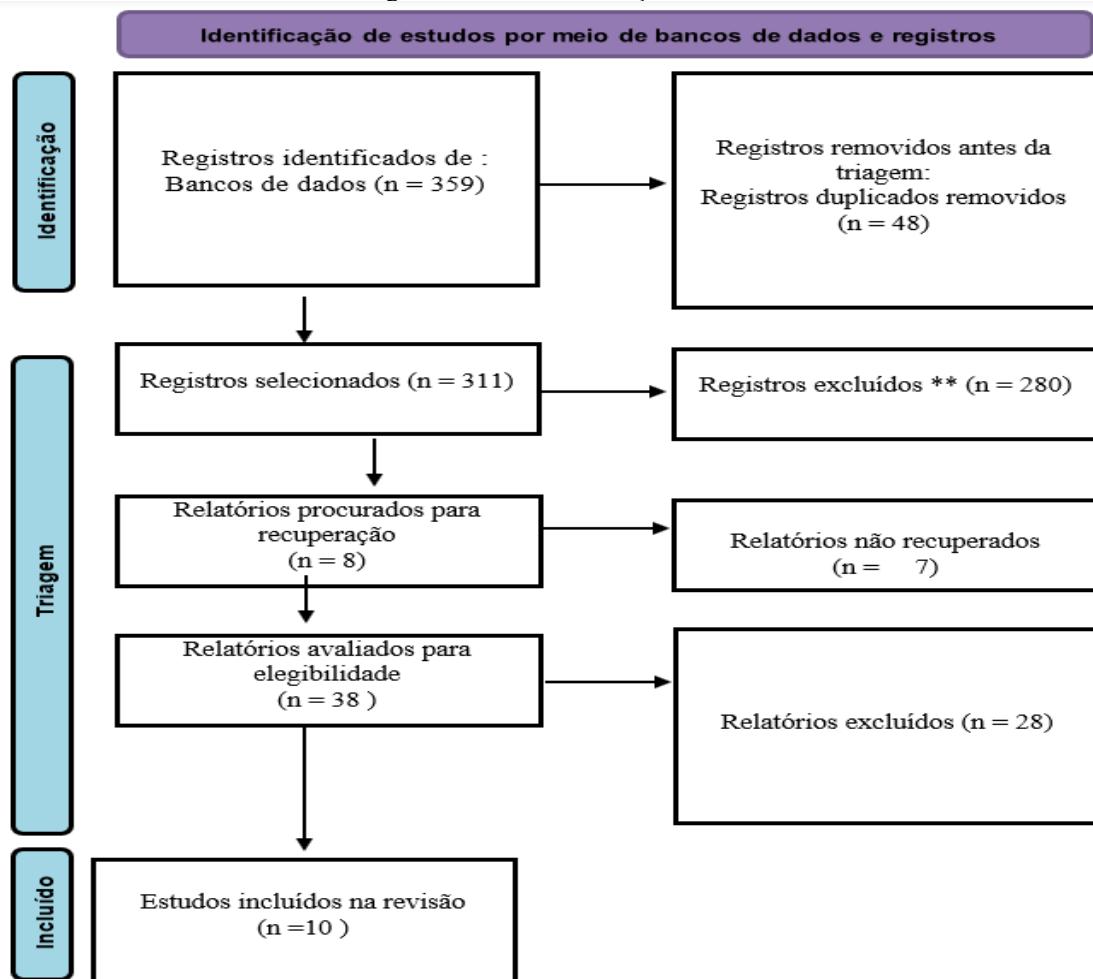
“(atenção primária à saúde) AND (integralidade em saúde) AND (política de saúde) OR (qualidade da tecnologia em saúde) AND fulltext:(“1”) AND la:(“pt”) AND (year_cluster:[2020 TO 2025]) AND instance:”regional”

Aos critérios de inclusão: Foram incluídos estudos em texto completo, disponíveis para download gratuito, no idioma português brasileiro, que estivesse dentro da temática abordada e dentro do recorte temporal pré-estabelecido. Quanto aos critérios de exclusão de estudos: foram excluídos estudos que não estavam disponíveis para acesso gratuito do texto completo, estudos indisponíveis para downloads, estudos que não se aproximavam da temática, em outro idioma que não fosse português do Brasil, excluídos também estudos fora do recorte temporal e estudos que se apresentavam em duplicata.

Para a triagem dos estudos de seleção foi utilizado o aplicativo Rayyan, no modo gratuito para a seleção dos estudos que comporão as discussões, com isso, a análise dos resumos dos estudos encontrados e exclusão dos que não atenderam aos critérios de inclusão referenciados acima e as duplicidades.

A seguir, apresenta-se um prisma, através de fluxograma que explicará os estudos que foram excluídos e os que restaram para a análise.

Fluxograma I: Prisma de seleção de estudos



PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, [S. l.], v. 372, n. n71, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.

O fluxograma anterior, apresenta que com uso dos descritores encontramos 359 estudos. Em seguida, foram removidos 48 estudos que se apresentavam em duplicidade. Diante do exposto, sobraram 311 estudos para a leitura dos resumos. Ao aplicar os filtros nota-se que 280 estudos não se aproximaram da temática e não seriam utilizados. Neste universo, 7 estudos não conseguimos acesso, no entanto, captou-se 8 estudos potenciais para a inclusão gerando um saldo de 38 estudos para a leitura minuciosa. Após a leitura minuciosa e crítica, foram excluídos 28 estudos, restando 10 para a construção das análises temáticas.

Nesta fase do estudo, realizar-se-á a Análise Crítica dos estudos incluídos conforme descrito anteriormente, respeitando os critérios de inclusão e exclusão e seleção sistemática dos estudos que servirão de amostra nesta revisão. Assim, logo abaixo apresentaremos um instrumento adaptado em forma de quadro que irá expor variáveis como: Autores; Título do estudo; Síntese das análises; Método; Periódico de publicação; ano.

QUADRO II: Análise Crítica dos estudos incluídos com base nas variáveis

Autores	Título do Estudo	Ideia Principal	Método	Periódico	Ano
Emerson Elias Merhy, Helvécio Miranda Magalhães Júnior, Josey Rimoli, Túlio Batista Franco, Wanderley Silva Bueno	O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano	Análise da micropolítica do trabalho em saúde, focando na produção do cuidado e na gestão dos serviços	Pesquisa-intervenção qualitativa	Cadernos de Saúde Pública	2005
Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy	Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde	Discussão sobre o trabalho vivo, subjetividade, tecnologias leves, leve-duras e duras no processo de cuidado	Teórico-reflexivo	Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva	2007
Keila Brito-Silva, Adriana Falangola Benjamin Bezerra, Oswaldo Yoshimi Tanaka	Direito à Saúde e Integralidade: Uma Discussão sobre os Desafios e Caminhos para sua Efeitivação	Análise dos desafios e caminhos para efetivar o direito à saúde e à integralidade no SUS	Ensaio teórico-reflexivo	Revista Comunicação, Saúde, Educação	2012
Emerson Elias Merhy, Laura Camargo Macruz Feuerwerker	Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea	Critica ao modelo biomédico e valorização das tecnologias relacionais e do trabalho vivo	Ensaio teórico	Livro - Leituras de Novas Tecnologias e Saúde (Editora UFS)	2009
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Emerson Elias Merhy	A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar	Reflexão sobre a gestão hospitalar centrada na integralidade, combinando tecnologias duras, leve-duras e leves	Estudo teórico-analítico	Documento técnico (evento ou capítulo acadêmico)	2003
Sheila A. F. Lachtim, Giselle L. Freitas, Welington S. Lazarini, Gerson L. Marinho, Ana L. M. Horta, Elysângela D. Duarte, Francisco C. F. Lana	Vínculo e Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: Potencialidades e Desafios para o Cuidado	Percepção de enfermeiros sobre vínculo e acolhimento como ferramentas para efetivar a integralidade na APS	Estudo descritivo, qualitativo	Tempus – Actas de Saúde Coletiva	2022
João Paulo Menezes Lima, Ana Cristina Vieira da Silva, Daniel Ricardo de Souza Campos Ferreira	Produtos educacionais para o ensino da integralidade no contexto da Atenção Primária à Saúde	Análise do uso de produtos educacionais no ensino da integralidade na residência multiprofissional	Estudo descritivo, exploratório, quantitativo	Revista Trabalho, Educação e Saúde	2024
Emerson Elias Merhy	O Ato de Cuidar: A Alma dos Serviços de Saúde	Reflexão sobre o papel central do ato de cuidar no trabalho em saúde e na valorização das tecnologias leves	Ensaio teórico	Ministério da Saúde - Série Ver-SUS Brasil	2004
Emerson Elias Merhy, Laura C. M. Feuerwerker, Roseni Pinheiro	Vista do Integralidade do cuidado na oferta e utilização de serviços da Atenção Primária à Saúde	Discussão sobre como a integralidade orienta os serviços de APS na prática, considerando gestão e cuidado	Estudo teórico-reflexivo	Revista Saúde em Debate	2019
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio	Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde	Discussão sobre a composição técnica e os desafios da organização do trabalho em saúde focando na integralidade	Teórico-reflexivo	Caderno de Saúde Pública	2005

FONTE: Criação dos próprios autores

7 TECNOLOGIAS DO CUIDADO PREDOMINANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A análise dos estudos revela que as práticas cotidianas dos profissionais da APS são atravessadas por um uso combinado de diferentes tecnologias do cuidado, classificadas segundo Emerson Merhy (2002) em tecnologias duras, leve-duras e leves.

As tecnologias leves, relacionadas ao acolhimento, vínculo, escuta qualificada e construção de projetos terapêuticos compartilhados, emergem como fundamentais na prática dos profissionais da APS. Esse tipo de tecnologia aparece como elemento central nas relações interpessoais, na construção do cuidado centrado no usuário e no fortalecimento da autonomia (MERHY, 2002; FRANCO; MERHY, 2007; LACHTIM et al., 2022).

Os estudos de Lachtim et al. (2022) e Lima, Soeiro e Folha (2024) indicam que práticas como acolhimento, construção de vínculo, responsabilização compartilhada e escuta ativa são recorrentes entre os profissionais, configurando tecnologias relacionais indispensáveis no cotidiano da APS.

Por outro lado, as tecnologias leve-duras, que envolvem o uso de saberes estruturados, como protocolos, classificações de risco, conhecimentos clínicos e epidemiológicos, também são fundamentais. Elas operam como suporte técnico-científico na condução do cuidado, articulando saberes profissionais com a complexidade das demandas sociais e de saúde (CECÍLIO; MERHY, 2003).

As tecnologias duras, representadas por equipamentos, prontuários eletrônicos e estrutura física, embora necessárias, não são suficientes para garantir a efetividade do cuidado, sendo frequentemente acessórios quando comparadas às tecnologias relacionais (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

8 CONTRIBUIÇÃO DA COMBINAÇÃO DAS TECNOLOGIAS NA CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

A integralidade do cuidado, princípio fundamental do SUS, se materializa na prática por meio da articulação entre essas três dimensões tecnológicas. Os estudos analisados reforçam que a predominância isolada de qualquer uma dessas dimensões resulta em um cuidado fragmentado, técnico e pouco responsável às reais necessidades dos usuários (CECÍLIO et al., 2003; BRITO-SILVA et al., 2012).

Quando as tecnologias leves são combinadas com as leve-duras, há um fortalecimento das práticas clínicas centradas nas necessidades singulares, possibilitando que o cuidado supere o modelo biomédico tradicional, centrado exclusivamente na doença (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Essa integração é evidente nos relatos dos profissionais entrevistados nos estudos de Lachtim et al. (2022) e Lima, Soeiro e Folha (2024), que identificam no vínculo, no acolhimento e na escuta instrumentos essenciais para operacionalizar a integralidade, especialmente na Atenção Primária.

Franco e Merhy (2007) também destacam que a efetivação da integralidade depende de uma reorganização dos processos de trabalho que promova a centralidade no trabalho vivo em ato, onde o encontro entre trabalhador e usuário se torna o espaço privilegiado da produção do cuidado.

Além disso, a gestão dos serviços é convocada a criar arranjos institucionais que favoreçam essa articulação, conforme discutem Cecílio e Merhy (2003) ao abordar a gestão hospitalar a partir do eixo da integralidade.

9 CONTRIBUIÇÕES DO REFERENCIAL DE EMERSON MERHY NA COMPREENSÃO DOS MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO NO SUS

O referencial teórico-metodológico de Emerson Merhy é essencial para compreender os modos de produção do cuidado no SUS. Ao propor a centralidade do trabalho vivo em ato, Merhy desloca a análise do cuidado para além dos procedimentos técnicos e dos protocolos, enfatizando o caráter relacional, subjetivo e ético do encontro entre profissionais e usuários (MERHY, 2002; MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Sua contribuição permite entender que os processos de trabalho em saúde não se limitam ao uso de tecnologias duras, mas são atravessados pela dimensão subjetiva, pelas trocas simbólicas e pela construção compartilhada do cuidado. Esse olhar rompe com a lógica industrial de linha de produção aplicada ao cuidado, propondo um modelo em que o usuário deixa de ser um objeto passivo e passa a ser um sujeito ativo no processo terapêutico (MERHY, 2002; MERHY, 2004).

Nos estudos analisados, essa abordagem é utilizada para refletir sobre os desafios da integralidade na APS (LIMA; SOEIRO; FOLHA, 2024; LACHTIM et al., 2022), na gestão hospitalar (CECÍLIO; MERHY, 2003) e nas práticas do SUS como um todo (FRANCO; MERHY, 2007).

Merhy também oferece uma crítica contundente à medicalização dos processos de cuidado, propondo a valorização das tecnologias leves como eixo estruturante dos modelos assistenciais (MERHY; FEUERWERKER, 2009; MERHY, 2004).

Portanto, seu referencial teórico não apenas possibilita compreender como o cuidado se organiza na prática, mas também orienta transformações nos modos de trabalho, na formação dos profissionais e nas políticas públicas de saúde.

10 APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA: “A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE CRÍTICA DAS LACUNAS E DESAFIOS ATUAIS NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS)”

A revisão integrativa consistiu na apresentação de análise crítica dos dados extraídos dos estudos selecionados, fundamentada na pergunta norteadora delineada segundo o acrônimo PICo. Foram incluídos 10 artigos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos na metodologia, os quais foram analisados quanto à sua contribuição para a compreensão da integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), à luz das tecnologias do cuidado propostas por Emerson Elias Merhy.

A análise dos estudos revelou que, embora o conceito de integralidade do cuidado esteja presente nos documentos normativos, protocolos e nas diretrizes orientadoras da APS, a sua realização ainda encontra desafios de natureza estrutural, pedagógica e organizacional. De modo geral, os estudos convergem ao destacar a importância das tecnologias leves, tais como: acolhimento, escuta qualificada e a construção de vínculos como elementos essenciais para a materialização do cuidado integral, constituindo a base relacional dos serviços de APS.

Contudo, observou-se que as práticas nos serviços de saúde continuam fortemente influenciadas por uma lógica fragmentada, centrada no uso predominante de tecnologias duras e no saber técnico-científico, em detrimento do reconhecimento do território como um espaço vivo e

dinâmico de cuidado. Tal contradição evidencia a persistência do modelo biomédico tradicional, bem como as limitações das formações profissionais em promover competências relacionais e humanizadoras.

A investigação também apontou que estudos mais recentes têm procurado dialogar com o referencial da micropolítica do cuidado, propondo a reestruturação dos processos de trabalho com base na corresponsabilização dos sujeitos do Sistema de Saúde, na co-gestão dos projetos terapêuticos e na valorização dos saberes locais. Neste contexto, as estratégias de formação e de educação permanente emergem como caminhos favoráveis para a transformação do modelo assistencial ainda praticado.

A sistematização das evidências permitiu, assim, identificar avanços relevantes no campo conceitual e normativo em torno da integralidade do cuidado. Contudo, reafirma-se a necessidade de investimentos contínuos na formação crítica dos profissionais, na reestruturação dos modelos de atenção e na superação das barreiras estruturais e institucionais que ainda limitam a construção de práticas efetivamente integrais e humanizadas.

A integralidade do cuidado é um dos pilares do SUS, articulando a complexidade das necessidades humanas em saúde a partir de uma abordagem que combina tecnologias duras, leve-duras e leves (MERHY, 2002). A multiplicidade de abordagens metodológicas nos estudos sobre o tema exige uma análise estruturada para compreender seus alcances e limitações utilizando como critério de organização subgrupos metodológicos e temáticos.

10.1 SUBGRUPO I – ESTUDOS QUANTITATIVOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Dos 10 artigos selecionados nesta revisão, um adota uma metodologia epidemiológica quantitativa. A análise multinível com regressão de Poisson demonstrou que a integralidade percebida é mais prevalente em municípios com menor porte populacional e maior PIB per capita. Tal abordagem, pautada na mensuração e categorização estatística, é eficaz para identificar disparidades regionais e sugerir políticas públicas direcionadas.

10.2 SUBGRUPO II – ESTUDOS QUANTIQUALITATIVOS COM ENFOQUE EDUCACIONAL

Outro dos 10 estudos analisados, realizou um estudo transversal, de caráter exploratório, com abordagem quantiqualitativa. Foram utilizados questionários e análise temático-categorial com base em Bardin (1977), para avaliar a formação de residentes em saúde sobre a integralidade no contexto da atenção primária. Os resultados apontam a importância de metodologias ativas e híbridas na consolidação desse princípio, bem como a limitação da formação docente e da preceptoria na prática educativa dos residentes.

10.3 SUBGRUPO III – ENSAIOS TEÓRICOS E REFLEXÕES MICROPOLÍTICAS

Textos como os de Merhy e Cecílio exploram a integralidade a partir de uma perspectiva micropolítica e filosófica. A proposta de que o cuidado é produzido no encontro entre sujeitos, a partir do trabalho vivo em ato, destaca o caráter relacional e subjetivo do trabalho em saúde. Essa abordagem defende que a efetivação da integralidade depende do deslocamento do eixo tecnológico dos serviços para práticas centradas na escuta e na singularidade do usuário.

10.4 SUBGRUPO IV – ESTUDOS JURÍDICO-POLÍTICOS SOBRE O DIREITO À SAÚDE

Em um último subgrupo de análise, um dos estudos analisados propõe uma discussão do direito à saúde a partir do marco constitucional de 1988. Os autores evidenciam a distância entre o texto constitucional e a realidade da gestão dos serviços, especialmente pela dificuldade de garantir a equidade e a integralidade na prática cotidiana dos serviços públicos.

10.5 COMPARAÇÕES

A comparação entre os estudos permite identificar convergências importantes, como a valorização do trabalho relacional e da escuta qualificada, mas também evidencia limitações metodológicas. Estudos quantitativos tendem a padronizar a integralidade com base em indicadores, enquanto os qualitativos a abordam como construção subjetiva e contextual. Já os estudos teóricos avançam na crítica aos modelos hegemônicos, propondo transformações radicais nos modos de cuidado. Em síntese, os estudos demonstram que a efetivação da integralidade exige uma abordagem combinada: diagnóstica, crítica e formativa. A articulação entre teoria e prática, técnica e ética, gestão e cuidado, é fundamental para construir sistemas de saúde mais humanos, resolutivos e equitativos.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da presente revisão integrativa, foi possível identificar que as tecnologias do cuidado mais frequentemente mobilizadas nas práticas cotidianas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) são as tecnologias leves, tais como a escuta qualificada, o acolhimento e a construção de vínculos. Estas práticas, embora frequentemente invisibilizadas nos discursos institucionais e nas formações técnicas, revelam-se centrais para a produção de um cuidado integral, enraizado na singularidade das relações e nas necessidades dos sujeitos atendidos.

A combinação das tecnologias leve, leve-dura e dura, conforme tipologia proposta por Emerson Merhy, mostrou-se imprescindível para a efetivação da integralidade. No entanto, a prevalência de modelos biomédicos e fragmentados, focados nas tecnologias duras e na padronização dos

procedimentos, ainda representa uma barreira significativa. O cuidado integral, nesse sentido, demanda não apenas a integração técnica dos recursos disponíveis, mas sobretudo a transformação ética e política do processo de trabalho em saúde, colocando o encontro entre trabalhador e usuário como centro das ações.

A perspectiva teórica de Emerson Merhy, especialmente a noção de trabalho vivo em ato e a valorização das tecnologias leves como elemento estruturante do cuidado, contribuiu de forma decisiva para a compreensão dos modos de produção do cuidado no SUS. Sua abordagem micropolítica permite visualizar o cuidado como resultado de processos relacionais, instituintes e negociados, que extrapolam o mero cumprimento de protocolos. Assim, o cuidado passa a ser compreendido como produção de autonomia, de subjetividade e de vida.

Destaca-se, portanto, a urgência em reconfigurar os processos formativos dos profissionais da saúde, priorizando competências relacionais, interdisciplinares e territoriais. Igualmente, torna-se necessário investir em modelos de gestão que reconheçam o território como espaço vivo de cuidado e que promovam arranjos institucionais mais horizontalizados e co-gestores.

Em última instância, este estudo reafirma que a integralidade do cuidado no SUS não se realiza apenas pela expansão da cobertura de serviços, mas pela aposta em práticas centradas no sujeito, na comunidade e nas múltiplas formas de viver e adoecer. O legado teórico de Merhy, ao enfatizar a potência das práticas cuidadoras construídas nos encontros cotidianos, oferece um horizonte transformador para a construção de um sistema de saúde mais humano, equitativo e comprometido com a vida.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 139-152, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 249-259, 2012.
- CAMPOS, G. W. S. A saúde pública e sua reforma: a constituição do campo da saúde coletiva e a saúde pública. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, G. W. S. Intersetorialidade e saúde: a experiência de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 323-327, 2000.
- CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O. A clínica ampliada e a gestão democrática: invenções da micropolítica do trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ, 2006. p. 31-52.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: [s.n.], 2003.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. v. 1. São Paulo: Editora 34, 1995.
- FEUERWERKER, L. C. M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 3, n. 2, p. 151-158, 2009.
- GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (org.). Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; ENSP; EAD, 2011. p. 153-190.
- LACHTIM, S. A. F. et al. Vínculo e acolhimento na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios para o cuidado. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 16, n. 4, p. 87-97, 2022.
- LIMA, J. P. M.; SOEIRO, A. C. V.; FOLHA, D. R. S. C. Integralidade como diretriz formativa na atenção primária sob a perspectiva dos residentes em Saúde da Família. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 22, e02679252, 2024. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs2679.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Engravidando as palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; ABRASCO, 2005. p. 23-38.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2008. p. 427-432.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E. et al. (org.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, [s.l.], v. 372, n. 71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SPENCER, J. C. The usefulness of qualitative methods in rehabilitation: issues of meaning, of context and of change. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, [s.l.], v. 74, n. 2, p. 119-126, 1993.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press, 1998.

STARFIELD, B. Primary care: concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Vozes, 2003.