



## Cuidado Coletivo na Atenção Primária à Saúde: formação dos profissionais Collective Care in Primary Health Care: training of professionals

**Mariana Goering**

Secretaria Municipal de Saúde de Assis/SP, Brasil  
marianagoering@hotmail.com

**Mara Quaglio Chirelli**

Faculdade de Medicina de Marília, Brasil  
marachirelli@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7417-4439>

### Resumo:

O cuidado coletivo na Atenção Primária à Saúde mostra-se como uma das ações a serem desenvolvidas para que se possa constituir a integralidade na atenção às pessoas nos territórios, sendo vital refletir sobre a formação profissional na saúde. Objetiva-se analisar a formação inicial e permanente dos profissionais, da equipe da Atenção Primária à Saúde, para realizar as práticas do cuidado coletivo. Realizada pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, com coleta por meio de entrevista com dentistas, educadores físicos, enfermeiros, médicos e psicólogos de Unidade Básica de Saúde e da Estratégia Saúde da Família de um município do estado de São Paulo, Brasil. Os dados foram processados pela análise conteúdo, modalidade temática. Captou-se que a prática do cuidado coletivo é realizada por meio de grupos, campanhas de saúde pública e orientações ao usuário, ainda fundamentadas no modelo biomédico, focada em ações individuais. A formação da graduação e pós-graduação foi fundamentada na concepção de saúde pública, porém, os psicólogos e educadores físicos demonstram mudanças iniciais em suas práticas, por construírem reflexões teórico-práticas durante as atividades de programa de pós-graduação e apoio do conselho de classe. Foram identificadas propostas de mudanças, referidas pelos profissionais da saúde, pautadas na formação e na organização do cuidado, tendo como eixo de reestruturação o modelo de atenção à saúde para a realização do cuidado coletivo. Há necessidade de se investir em estratégias junto aos gestores para a constituição de processos de mudanças na formação inicial e contínua dos profissionais.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; cuidado coletivo; educação superior; capacitação profissional.

### Abstract:

The collective care in primary health care is one of the actions to be developed so that it can constitute integrality in the attention to the people in the territories, being vital



to reflect on professional training in health. The objective was to analyze the initial and permanent training of professionals, from the Primary Health Care team, to carry out the practices of collective care. A qualitative, exploratory and descriptive study was carried out, with interviews with dentists, physical educators, nurses, physicians and psychologists of the Basic Health Unit and the Family Health Strategy of a city in the state of São Paulo, Brazil. The data were processed by content analysis, thematic modality. It was learned that the practice of collective care is carried out through groups, public health campaigns and user orientations, still based on the biomedical model, focused on individual actions. The formation of undergraduate and postgraduate courses was based on the concept of public health, however, psychologists and physical educators demonstrate initial changes in their practices, for constructing theoretical-practical reflections during postgraduate program activities and support from their professional's class councils. Proposals for changes were identified, referred to by health professionals, based on the formation and organization of care, with the health care model for collective care as the axis of restructuring. It is necessary to invest in strategies with the managers for the constitution of processes of changes in the initial and continuous training of professionals.

**Keywords:** Primary health care; collective care; education higher; professional training.

## Resumen:

El cuidado colectivo en Atención Primaria a la Salud aparece como una de las acciones a ser desarrolladas que constituyan la atención integral a las personas en los territorios, primordialmente reflexionando sobre la formación del profesional en salud. Se pretendió analizar la formación inicial y permanente de los profesionales, del equipo de Atención Primaria a la Salud, para realizar las prácticas del cuidado colectivo. Se realizó una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, con recolección mediante encuestas con dentistas, educadores físicos, enfermeros, médicos y psicólogos de Unidad Básica de Salud y de Estrategia de Salud de la Familia de un municipio del estado de São Paulo, Brasil. Los datos fueron procesados por el análisis de contenido, modalidad temática. Se percibió que la práctica del cuidado colectivo se realiza mediante grupos, campañas de salud pública y orientaciones al usuario, aún fundamentadas en el modelo biomédico, enfocada en acciones individuales. La graduación y el postgrado se basaron en la concepción de salud pública, pero psicólogos y educadores físicos demuestran cambios esenciales en sus prácticas, por construir reflexiones teórico-prácticas durante las actividades de programa de postgrado y apoyo del consejo de administración de clase. Se identificaron propuestas de cambios, referidas por los profesionales de salud, reglados en la formación y en la organización del cuidado, teniendo como eje de reestructuración el modelo de atención a la salud para realización del cuidado colectivo. Hay necesidad de invertir en estrategias para la constitución de procesos de cambios en la formación inicial y continua de los profesionales.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; cuidado colectivo; educación superior; capacitación profesional.



## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é constituída no Brasil por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a criação em 2006 (Brasil, 2006), a PNAB vem passando por uma série de revisões e adequações dos documentos normativos, o que demonstra o amadurecimento e o fortalecimento da APS. Entre os diversos atributos, destaca-se a Atenção Básica (AB) estruturada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são o primeiro ponto de atenção e a principal porta de entrada do sistema, se completando na rede regionalizada, interligando-se com outros pontos dessa rede, por meio de equipe interprofissional e ações em saúde que cubram toda a população, e assim, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde da população (Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017).

Dentre as práticas em saúde realizadas, Arantes, Camacho, Ribeiro, e Verardino (2014) destacam que o cuidado coletivo são aquelas ações oriundas do território, de promoção da saúde, de monitoramento e avaliação das ações, de participação e controle social. Com isto proporcionam ampliação da autonomia, constituição do sujeito no cuidado, mudança no conceito de saúde-doença estando na perspectiva da integralidade.

Porém, o que encontramos no cotidiano dos serviços de saúde são as ações sob forte influência da Saúde Pública e do modelo biomédico, conseqüentemente, o predomínio ainda de ações como o desenvolvimento de campanhas sanitaristas, ações de controle de doenças e atividades educativas centralizadas nos profissionais de saúde, voltadas a grupos de pacientes com patologias específicas como hipertensão, diabetes, obesidade ou grupos vulneráveis como as gestantes.

Destaca-se que para conseguir a realização das práticas do cuidado coletivo na APS com integralidade, é vital refletir sobre a formação profissional para a saúde, considerando a formação inicial, de pós-graduação, bem como as que são realizadas nos serviços.

Entre as perspectivas de mudanças na formação dos profissionais da saúde, incluem-se as práticas de reflexão e transformação do ensino e trabalho, e as relações entre o ensino e os serviços de saúde (Miccas & Batista, 2014), sendo esses espaços potenciais de investimento para que se produza um ensino crítico, para a construção do conhecimento de forma integrada, tendo como perspectiva a transformação das práticas, com responsabilização e ética frente as necessidades sociais e em saúde.

Para suprir a carência das práticas do cuidado coletivo integral advindo da precária formação profissional, é necessário aprendizagem no trabalho. Para que isso ocorra, cabe à educação permanente em saúde (EPS), por meio da reflexão sobre a prática realizada, construir uma visão ampliada de campo, de saberes e dessas práticas que não se restrinjam ao conhecimento técnico ou à ciência, mas que contemplem "a construção de projetos de vida, de liberdade e de felicidade, viabilizando sonhos pessoais e profissionais" (Carvalho & Ceccim, 2012, p. 138).

Dessa forma, a partir da inquietação "Como a equipe de saúde da APS realiza o cuidado coletivo considerando sua formação inicial e permanente?", propõe-se como objetivo analisar



a formação dos profissionais da equipe de saúde da APS no Brasil, para realizar as práticas do cuidado coletivo na perspectiva dos trabalhadores de saúde.

O pressuposto inicial é o de que a formação e a prática dos diversos profissionais da equipe de saúde da APS, para que possam atuar em uma prática do cuidado coletivo, ainda estão focadas em ações do cuidado individual com enfoque biomédico e no conceito de saúde pública.

## Contextualização teórica

Ao se considerar a abordagem do cuidado coletivo, destaca-se a necessidade de compreender-se com quais concepções de coletivo e de cuidado trabalha-se na constituição das práticas em saúde.

Fortuna et al (2011) sinalizam que ao se considerar as ações de cuidado coletiva, essas não podem estar apartadas do cuidado clínico, sendo essas potentes para se investigar o cotidiano do trabalho em saúde, permitindo a articulação de práticas de promoção e prevenção no cuidado. Ao considerarem autores como Guattari, Deleuze e Baramblitt constroem o conceito de coletivo como sendo o que está entre os trabalhadores e usuários do sistema de saúde, entre os usuários e como constituem o seu "modo de andar a vida", não se tratando apenas de uma somatória de indivíduos com características em comum. A partir dessas considerações, as ações coletivas de cuidado em saúde são as de diagnóstico do território, de promoção da saúde, de participação e controle social, de educação em saúde e as intersetoriais.

Essas práticas de cuidado coletivo têm em sua constituição concepções de saúde e sociedade, as quais os trabalhadores e comunidade construíram ao longo da sua história. Nesse sentido, Minayo (2012) sinaliza que a antropologia tem contribuído para a compreensão desses conceitos, sinalizando a necessidade de se superar o tecnicismo da clínica e da epidemiologia, ao questionar a construção das enfermidades apenas como entidades biológicas, bem como as populações como conjuntos estruturados que funcionam com regularidade a-histórica, evidenciando que pessoas, grupos e sociedade vivem em movimento, relações e construção de significados. Ao elaborar a crítica ao pseudo-objetivismo da ciência, propõe que a subjetividade seja o fundante do sentido e, enquanto método, a antropologia põe seu foco na experiência humana e no reconhecimento de que as suas realidades são complexas. Trabalha também com a objetividade, porém, considera que essa passa por uma construção subjetiva, sendo importantes as análises das dinâmicas das realidades, a explicitação da racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos que estão sendo estudados.

Nesta pesquisa, o cuidado coletivo é considerado como as ações que compõem a caracterização da situação de saúde do território, sendo que a partir da identificação dos problemas e seus determinantes, surgirão práticas de promoção da saúde, de monitoramento e avaliação das ações, tendo também a participação e o controle social. Estas ações por meio da cogestão entre as equipes de saúde, a comunidade e gestores dos serviços, promovem a ampliação da autonomia e constituição do sujeito, com práticas na perspectiva da integralidade, com conceitos do processo saúde-doença ampliado, da educação em saúde a partir dos sujeitos e da intersectorialidade.



Considerando os contextos e os processos de realização do cuidado coletivo, Franco e Merhy (2013, p.2) sinalizam que a produção do cuidado é

*“marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social”.*

O processo de trabalho no cuidado, portanto, tem uma dimensão subjetiva, sendo constituída a partir das redes de atenção a saúde (RAS), com múltiplas relações estabelecidas entre trabalhadores e pessoas atendidas, com fluxos a serviço de um determinado projeto terapêutico, podendo ter graus diferentes de comprometimento, com aproximações ou distanciamento, com a prática da integralidade no cuidado (Santos, Mishima & Merhy, 2018).

Para entendermos as práticas do cuidado coletivo, necessita-se considerar a construção histórica da concepção de Saúde Pública versus Saúde Coletiva no contexto. A Saúde Pública, desenvolvida na década de 50, enfatizava princípios do positivismo naturalista e o estrutural funcionalismo, conformando um modelo biologicista, hegemônico/biomédico (flexneriano) e fragmentado. Isso implica a égide de práticas oriundas sob a onipotência e onipresença do Estado mediante indivíduos ou grupos (sem direitos e autonomia), centradas na saúde/doença (produto de desarmonia entre forças vitais), com enfoque curativista e hospitalocêntrico, na figura do médico, fragmentada, desarticulada, sem ultrapassar os limites democráticos e efetivos interdisciplinares. O campo da Saúde Coletiva se constitui pautado na concepção ampliada de saúde, abordando a integralidade no cuidado, rompendo as barreiras das disciplinas, necessitando do trabalho interprofissional e interdisciplinar, articulando a epidemiologia e o planejamento em saúde (Franco & Magalhães Junior, 2004; Nunes, 2012).

## Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. O cenário da pesquisa foi a APS – Secretaria Municipal da Saúde de um município do interior do estado de São Paulo, Brasil. Este está situado na região oeste do Estado de São Paulo, com 100.184 habitantes (Fundação Seade, 2018).

A rede municipal de saúde é composta de 18 Unidades de Saúde na APS, sendo sete UBS, 10 unidades da ESF na região urbana e uma unidade ESF na região rural (Assis, 2014).

Foram considerados participantes da pesquisa os profissionais das equipes de unidades de saúde da AB (UBS e ESF) do município. Em cada unidade de saúde tem médico, enfermeiro, dentista, educador físico e o psicólogo, sendo que este último está inserido somente nas UBS.

Os participantes foram selecionados de forma intencional, sendo captados quando o pesquisador escolhe os elementos da seleção por julgar que estes sejam representativos da população, ou seja, o subgrupo que melhor atende aos objetivos específicos da pesquisa, que por sua vez, dependem dos pressupostos e dos limites do estudo, para que o pesquisador possa compreender o objeto de estudo (Minayo, 2017).



Portanto, foram utilizados como critério de seleção dos participantes, todos os profissionais de nível superior de uma Unidade da ESF da área rural, uma Unidade da ESF da área urbana e uma UBS. Foi utilizado como critério de exclusão apenas as ESF que não tinham dentista. Assim, realizou-se sorteio aleatório de três unidades de saúde que atendessem ao critério de inclusão, totalizando 15 participantes, sendo três profissionais de cada categoria por unidade de saúde.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, tendo como disparadores: como foi o processo de formação com relação ao cuidado coletivo; como têm acontecido os processos de formação abordando o cuidado coletivo; se os processos de formação da graduação e/ou da pós-graduação fundamentaram a realização do cuidado coletivo e quais as propostas de superação dos problemas. Toda a coleta dos dados foi realizada por um único pesquisador.

Inicialmente, foi realizado um piloto com o instrumento da entrevista em uma unidade de saúde da APS para testá-lo e realizar os ajustes necessários, com posterior coleta dos dados nas unidades selecionadas. As entrevistas foram gravadas e transcritas após a anuência dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição de ensino vinculada, mediante parecer de número: 663.067/2014, atendendo as exigências da Resolução CNS 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Resolução n. 466, de 12 de dezembro 2012/2013). Para preservação do sigilo, foi realizada uma codificação dos profissionais da saúde entrevistados, conforme o que segue: dentistas (D), educadores físicos (EF), enfermeiros (E), Médicos (M) e Psicólogos (P), e numerados seguidamente de 1 a 15.

A análise dos dados foi pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. De acordo com Minayo (2014), que refere três etapas operacionais da análise temática: a pré-análise (determinação da unidade de registro, de contexto, os recortes, forma de categorização, modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise); a exploração do material (operação classificatória visando o alcance do núcleo de compreensão do texto) e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação.

Sendo assim, essa análise foi realizada utilizando-se a construção de categorias obtidas por meio da leitura exaustiva e profunda das entrevistas, identificando as semelhanças, os elementos e ideias, chegando aos seguintes núcleos de sentidos e temas, destacados no quadro 1.

**Quadro 1. Apresentação dos núcleos de sentido e temas a partir da codificação realizada na análise, 2018.**

| Núcleos de sentido   | Tema   |
|--|--|
| a) a formação na graduação e a relação com as práticas para o cuidado coletivo | A formação dos profissionais para o cuidado coletivo na Atenção Primária à Saúde |
| b) a formação na pós-graduação e educação no serviço para o cuidado coletivo   |  |
| c) mudanças para o cuidado coletivo na APS                                     | As propostas de mudanças para o cuidado coletivo na APS                          |



Numa última etapa, buscou-se desvendar o conteúdo dos temas, o que permitiu ampliar a compreensão dos contextos (Minayo, 2014), os processos de formação dos profissionais da saúde para realizar as práticas do cuidado coletivo na APS, suas potencialidades, as dificuldades e interpretando os dados empíricos frente à proposta de integralidade no cuidado em saúde.

## Resultados e Discussão

### Caracterização do público-alvo

Os participantes da pesquisa foram os profissionais das unidades de saúde da AB, durante sua caracterização observamos que há predomínio do sexo feminino em todas as categorias profissionais e a faixa etária permeia entre 33 a 64 anos de idade. Quanto à formação os dentistas, educadores físicos, enfermeiros e médicos, são graduados e pós-graduados em sua maioria em instituições particulares de ensino, sendo que o período de conclusão da pós-graduação permeia entre quatro a 19 anos, com especializações nas áreas de Periodontia, urgência e emergência, didática, exercício físico e reabilitação, estética, saúde pública/sanitarismo e saúde da família. Todos os psicólogos são graduados em instituições públicas e a maioria são pós-graduados também em instituições públicas de ensino. A pós-graduação foi concluída, em média, há 12 anos, com as especializações nas áreas de Psicologia clínica, Álcool e drogas e Saúde Mental e Saúde Pública e com mestrados nas áreas de Álcool e drogas e Psicologia em Saúde Coletiva.

### A formação na graduação e a relação com as práticas para o cuidado coletivo

Pela análise temática, identifica-se, inicialmente, o pressuposto de que os participantes consideram a prática do cuidado coletivo centrada no profissional, sendo essa realizada em grupo, em campanhas de saúde pública, com orientações ao usuário, a partir de levantamentos epidemiológicos, focadas ainda na doença, sendo realizadas atividades nas escolas e creches.

Os profissionais destacam que não tiveram formação na graduação para o cuidado coletivo e quando tiveram na graduação e pós-graduação, no geral, trabalharam na perspectiva da concepção de saúde pública. A formação está centrada fortemente num modelo que privilegia o cuidado individual pautado no modelo biomédico, num currículo no qual a teoria antecede a prática na maioria das carreiras (dentistas, educadores físicos e psicólogos), sendo capacitados para o desempenho tecnicista, ainda não abordando a competência com o enfoque ampliado dos problemas no cotidiano dos serviços. Destacaram que iniciaram o processo de mudança na formação, com metodologia ativa e não devendo estar o cuidado centrado no médico.

*"[...] quando a gente faz a faculdade aprende mais as técnicas, o cuidado individual, o coletivo não." (E9)*

*"[...] Na faculdade eu tinha uma disciplina de odontologia social, existiam duas clínicas que a gente fazia esse atendimento, e junto com elas a gente fazia um trabalho de levantamento*



*epidemiológico de cárie e colhido esses dados e depois eram acompanhados pelos outros alunos dos outros anos, para ver a diminuição." (D2)*

*"[...] minha formação é PBL, [...] eu entendo o nível de êxito no tratamento como minimizado, se ele for focado só no médico." (M11)*

Verificou-se que as mudanças que ocorreram nas práticas podem ter sido influenciadas pelos referenciais abordados na formação da pós-graduação e outros cenários.

As mudanças que iniciaram desde a década de 80 nas carreiras de medicina e enfermagem, e que depois foram sendo ampliadas para as demais carreiras da área da saúde, podem ter sido um dos determinantes do acúmulo de experiências em mudanças na graduação. Estas duas carreiras tiveram contribuições significativas para o processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da área da saúde no Brasil. As DCNs para os cursos de graduação na área da saúde constituem a tentativa de mudanças no processo de educação superior, do modelo flexneriano, biomédico e curativo, para o orientado pela integralidade no cuidado em rede entre os serviços de saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; na dimensão individual e na dimensão coletiva; de currículos rígidos, compostos por disciplinas cada vez mais fragmentadas, com priorização de atividades teóricas, para currículos flexíveis, por competência profissional. Para isto, é necessário metodologias de aprendizagem críticas e reflexivas, trabalhar com conhecimentos, habilidades e atitudes integrados, além de múltiplos cenários de ensino, não sendo apenas no setor hospitalar (Varela et al., 2016; Grave et al., 2017).

A partir de 1996 foi aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (Lei nº 12.796, de 4 de abril de 2013). Esta aponta para o trabalhador não ser apenas qualificado para o mercado de trabalho, mas há a necessidade deste profissional de saúde conseguir deslocar seu processo de formação da qualificação para o referencial de competência, no qual tenha uma capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e eficácia, uma série de situações. Sendo assim, os autores dispõem sobre a necessidade de junção efetiva entre a formação do profissional de saúde e a transformação das práticas, ou seja, aquilo que se aprende (formação) com a prática diária, considerando que não há mais espaço para currículos no modelo biomédico e descontextualizados (Carvalho, Duarte & Guerrero, 2015; Grave et al., 2017).

Na perspectiva da construção do conhecimento, embora o cuidado coletivo esteja inserido nas DCN em todas as profissões, identifica-se dificuldade de se abordar essa prática nos serviços de saúde (Goering Barreiro & Chirelli, 2018).

Ainda temos os desempenhos descritos de forma bem geral, sendo que a medicina com a sua revisão das novas DCN (Parecer CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014), apresenta um pouco mais de detalhes do que consideraria um referencial de cuidado coletivo, abordando tanto as necessidades de grupos de pessoas, bem como aponta para que se explorem as condições de vida e saúde da comunidade, trabalhando as necessidades a partir do território, e construindo o cuidado coletivo, pautado numa análise dos indicadores de saúde, dos determinantes sociais da saúde, nos valores culturais, nas vulnerabilidades de grupos, estabelecendo diagnóstico de saúde e priorização de problemas (Parecer CNE/CES n. 1.133, de 7 de agosto de 2001; Parecer CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014).



## A formação na pós-graduação e a educação no serviço para o cuidado coletivo

Identificou-se que os profissionais de saúde não tiveram nenhuma formação na pós-graduação para o cuidado coletivo, estando o cuidado centrado no indivíduo e nas doenças, com excessão dos psicólogos que tiveram abordagem com concepção de saúde pautada na integralidade para o cuidado.

*"E a minha pós-graduação foi em exercício físico e reabilitação, o que o exercício poderia trazer para determinadas doenças [...]" (EF5)*

*"[...] meu mestrado que também era em álcool e drogas, [...] menos ainda, porque no mestrado as disciplinas são poucas, a busca tem que ser nossa e a gente vai atrás dos autores mais voltados para isso, uma formação individualizada." (P15)*

*"[...] eu vim ver sobre saúde coletiva no meu mestrado, [...] que tem toda uma proposta teórica-política-clínica de trabalhar com a luta antimanicomial, a integralidade, toda a inserção de trabalho, de serviços, a coisa da transdisciplinaridade." (P14)*

Alguns educadores físicos, enfermeiros e psicólogos embora tenham feito especializações, estas foram centradas na doença e reabilitação, com currículos iguais aos da graduação, voltados ao modelo flexneriano, centrado no ensino biomédico, individualista e de clínicas, e apontaram que a formação para o cuidado coletivo não foi privilegiada. Outros profissionais referem formação para as práticas coletivas, em sua maioria, os dentistas enfermeiros e médicos voltadas para à saúde pública e ESF, mas também com o mesmo currículo tradicional, pautadas nas especialidades e orientadas a partir de técnicas. Somente os enfermeiros referem formação por meio da prática baseada em evidências.

Durante a análise, ficou sinalizado também que os psicólogos tem se constituído em um grupo que se diferencia na sua formação na pós-graduação, com novas discussões entre os profissionais, as quais têm impulsionado e sustentado as práticas para o cuidado coletivo e algumas mudanças nos serviços de saúde.

Para a reestruturação produtiva e organização do mundo do trabalho há a necessidade de formação inicial e permanente do trabalhador. A formação inicial na graduação deve inserir o mais rápido o estudante no campo de atuação, tendo a possibilidade de se trabalhar as capacidades em ação segundo contextos e critérios, resultando na progressão do estudante e desenvolvimento de autonomia e domínio das áreas de competência. A formação por meio da pós-graduação, educação permanente em saúde (EPS) e/ou continuada (EC), deve inseri-los constantemente em um contexto de políticas de reflexão da prática profissional apoiadas no ensino problematizador e aprendizagem significativa e em equipe (Brasil, 2009; Portaria n. 3194, de 28 de novembro de 2017).

A formação em nível de pós-graduação dos psicólogos abordou o conceito ampliado de saúde na perspectiva da integralidade, com o cuidado não fragmentado, partindo das necessidades e da aprendizagem tendo como ponto inicial a territorialização, articulando ensino-serviço, com práticas de cuidado coletivo e formação considerando como objetivo central as necessidades dos usuários (Carvalho et al., 2015; Grave et al., 2017). Percebe-se



que essa formação pode ter influenciado no perfil de atuação dos psicólogos por ampliar a forma de constituir o cuidado.

Relatam também que o processo de formação na graduação tem continuidade na educação em serviço por meio da EPS ou EC ou por meio de educação a distância. No entanto, essa formação ocorre com um modelo ainda tradicional de atualização de conhecimentos nos cursos, congressos, discussão de casos, fóruns, autodidatismos, reproduzindo as práticas em saúde. Outro ponto a ser destacado diz respeito ao enfoque predominante no cuidado individual, nas patologias, somente houve um destaque para a abordagem à família. Por vezes, tem trabalhado as discussões em equipe, sendo estas, geralmente, na saúde mental, com troca de experiências e construção do conhecimento também mediada pelo órgão fiscalizador de classe da psicologia.

*“uma roda de bate papo na DRS, [...] abordou os temas, pegou os nós críticos, do que a gente achava como poderia resolver, [...] com outros profissionais dentistas, médicos, eu acho que tinha psicólogos e enfermeiros.” (D1)*

*“[...] A secretaria da saúde sempre está oferecendo alguns treinamentos e geralmente todos podem ser aplicados na saúde coletiva, está sendo oferecido agora em cardiologia e hipertensão, todas as doenças cardiopatas.” (E7)*

*“[...] a secretaria da saúde oferece o PET, [...] é muito interessante porque ele dá subsídios teóricos para prática, ajuda no pensamento, de olhar para o paciente de uma forma de expansão, não só individual, então eu penso na família, nas condições sociológicas, nessa questão do trabalho, [...] olhar em rede, [...] visita junto com o psiquiatra, com a enfermeira.” (P15)*

Concomitante a formação na pós-graduação e educação em serviço, os profissionais de saúde referem um melhor aprendizado e contínuo por meio das práticas realizadas, conforme prioridades locais, com trocas de ideias e saberes com outros profissionais, com a população, busca do aprimoramento das experiências adquiridas e experiências por meio de reuniões.

*“[...] o coletivo é lá na frente na prática que você vai buscando, quando você começa a trabalhar, porque é só quando você se depara com a situação que você fala assim: não, agora eu tenho que correr e buscar e fazer, e dar o melhor de si.” (E9)*

*“[...] tinha uma equipe de psicólogos, nós nos reunimos durante uns três anos, isso foi uma iniciativa particular, [...] e a gente ia trocando experiências, estudava, discutia casos, foi procurar a lei, [...] isso foi mudando o meu foco de trabalho; [...] o Conselho Regional de Psicologia tem vários eixos que eles trazem os profissionais, eles tem uma função política de formação.” (P14)*

Porém, a necessidade de se constituir uma prática de EPS, com reflexão sobre o processo de trabalho no cotidiano, suas bases de sustentação, para sua transformação não aparece nas falas dos profissionais. Para auxiliar na formação deficitária dos profissionais da saúde para as práticas coletivas, é necessária a formação no serviço. Para tanto, a EPS torna-se uma ferramenta para a reflexão com o profissional para conseguir o alcance da integralidade, com ação-reflexão-ação, tendo como intencionalidade a articulação de novos saberes



na formação, a mudança de atitude, a autonomia e motivação do sujeito, sustentação e mudança das práticas do cuidado (Lamante et al., 2018; Brasil, 2009; Portaria n. 3194, de 28 de novembro de 2017).

A proposta de EPS traz consigo a importância do processo educativo no trabalho para a sua transformação. Com isso, tem como intenção a qualidade do cuidado, a comunicação e o compromisso social entre os trabalhadores de saúde, os usuários, os gestores, as instituições formadoras e o controle social. Estimula a produção de saberes valorizando a experiência, formação anterior e a cultura do sujeito nas práticas de trabalho em saúde em um contexto (Ceccim, 2005; Brasil, 2009; Portaria n. 3194, de 28 de novembro de 2017).

Ressalta-se que enquanto a educação continuada trabalha com o acúmulo sistemático de informações e o cenário de práticas como território de aplicação da teoria, a EPS entende que o cenário de práticas informa e origina a teoria necessária, transformando assim esta própria prática. Nesse sentido, a instituição municipal de saúde necessitaria constituir e assumir um projeto com a intenção de formular e implementar mudanças na prática profissional, na qual a EPS torna-se instrumento central para a ampliação dos conceitos e práticas fundamentados no referencial da integralidade no cuidado, destacando o cuidado coletivo como ferramenta para a transformação da situação de saúde nos territórios em que a comunidade está inserida.

## As propostas de mudanças para o cuidado coletivo na APS

Foram captadas propostas de mudanças, referidas pelos profissionais da saúde da APS, pautadas na formação e na organização do cuidado, tendo como eixo de reestruturação o modelo de atenção à saúde para a realização do cuidado coletivo.

Quanto à formação dos profissionais os dentistas e médicos referem a necessidade de formação preparando o estudante para as práticas futuras na saúde coletiva e no SUS, não pautadas apenas no interesse financeiro.

*"[...] as faculdades hoje de graduação deveriam ter uma disciplina para trabalhar a cabeça do estudante de quem está começando a faculdade nisso, [...] quem vai pender para o lado da saúde pública, [...], o pessoal quer sair da faculdade e acha que vai ganhar rios de dinheiro." (D1)*

*"acredito que o cuidado coletivo deveria vir como formação, como eu tive na minha graduação, porque a medida que a gente sai para o mercado, que vai para as especialidades, isso não é tão visto." (M11)*

Os educadores físicos referem que a formação precisa estar inserida no serviço, buscando aprender sobre o cuidado e as necessidades de mudanças na organização para que se tenha qualidade direcionada ao usuário do sistema de saúde, respeitando a singularidade do trabalhador.

*"[...] a gente tem que aprender a trabalhar mais o coletivo, [...] cada profissional tem a sua individualidade, tem o seu jeito de trabalhar, mas quando se reunir para gente estar discutindo o que pode ser melhorado e ter um bom atendimento para o usuário dentro da unidade de saúde." (EF4)*



As propostas apontadas por meio dos dentistas, educadores físicos e médicos têm ênfase na necessidade da formação mediante currículo integrado. Nessa forma de organizar a formação, insere-se o estudante desde o início de suas atividades acadêmicas nos serviços de saúde ou outros cenários de prática, com o intuito de viver a realidade junto às equipes e usuários do sistema de saúde, aprendendo a identificar as necessidades de saúde contextualizadas, ou seja, advindas do território, compreendendo a dinâmica de constituição dos problemas por meio das situações que as pessoas e famílias vivem e são determinadas pelas condições de vida na sociedade (Honda & Chirelli, 2015; Chirelli & Nassif, 2017). Além disso, apontam a constituição de práticas centradas nas pessoas, buscando compreender suas necessidades, tendo “escuta ampliada”, captando as potencialidades e carências das pessoas, para compreender os determinantes dos processos na comunidade e elaborar projetos de intervenção coerentes com as necessidades.

Assim, o profissional de saúde consegue ampliar sua prática por meio da concepção de saúde ancorada na integralidade e articular as dimensões do cuidado individual e coletivo (Fortuna et al., 2011), compreendendo que há uma interrelação nos determinantes dos processos e problemas constituídos.

Outra proposta de mudança para que ocorra o cuidado coletivo foi apontada pelos médicos e está centrada na necessidade de políticas públicas e conhecimento da realidade e dos problemas da população.

*“[...] principalmente nós, temos que ter políticas públicas, [...] tudo o dinheiro, tudo que se arrecada tem que ter uma programação para a saúde [...] nós devemos também ouvir as bases, sempre que nós tivermos oportunidades fazermos reuniões com a nossa população para saber em cada local qual é o problema que ele tem.” (M10)*

Os profissionais destacam a necessidade de apoio dos gestores e o incentivo dos profissionais à realização do cuidado coletivo, com práticas de prevenção, qualidade de vida, estratégias de mídia, trabalho em equipe com discussão dos casos compartilhados, envolvendo as famílias.

*“Alguém tem que gostar do SUS, [...] de boa vontade do profissional parar e orientar, porque uma família bem orientada ela vai chegar lá na frente com dez, quinze anos e aquela criança vai estar com aquela dentição perfeita.” (D1)*

*“[...] em termos de coletividade, o mais importante é a prevenção, é você ensinar a criança.” (D2)*

*“[...] que ação que a gente pode desenvolver dentro das escolas para trazer essas crianças para essa realidade de prevenção, [...] hoje a gente tem uma mídia muito em cima das crianças, de oferta de alimento tal, [...] a gente também tem que estar abordando essas crianças, para que mais tarde a gente não tenha que estar gastando com essas crianças por conta de doenças crônicas que estão aparecendo cada vez mais cedo.” (EF5)*

Os enfermeiros destacam a formação de uma equipe para agilização e resolução de problemas e a participação dos familiares:



*"[...] se você montar uma equipe multiprofissional e fosse dar essa assistência em determinados problemas que várias áreas têm, fortalecia mais os grupos desses problemas, [...] como eu acho que o NASF funciona, [...] eu acho que a resolutividade desses outros problemas seria maior." (E7)*

O trabalho em equipe interprofissional tem se constituído em desafio na mudança das práticas por necessitar do diálogo entre os saberes e práticas, ou seja, busca-se a construção de estratégias de intervenção por meio da composição e complementaridade. O trabalho colaborativo torna-se o centro das práticas, sem hierarquização ou barreiras na planificação e implementação do cuidado (Costa, 2017).

Finalizando, os médicos sinalizam também que deve haver mais humanização, paciência, escuta qualificada e melhores condições de trabalho:

*"[...] eu queria um pouco mais de humanização, [...] a gente tem que ter ambiente bom de trabalho, equipe capacitada, pessoas que tenham paciência de trabalhar com o público, [...] que hoje em dia, nessa correria do dia-a-dia as pessoas não têm muita paciência não." (M12)*

Vêm se conformando possibilidades de construção de propostas de mudanças para um novo modelo de atenção a saúde, pautado no trabalho em equipe e no apoio matricial, no cuidado domiciliar, incluindo a família na construção e humanização do cuidado, na integralidade e priorizando práticas de promoção e prevenção.

## Conclusões

Ao se iniciar esta pesquisa foi proposta a análise da formação dos profissionais, tanto a inicial como a permanente, da equipe de saúde da APS para realizar as práticas do cuidado coletivo. Durante a análise dos dados, a pesquisa permitiu desvendar os conceitos e as práticas dos profissionais, bem como seus determinantes na formação. Confirmou-se o pressuposto de que a formação e a prática dos diversos profissionais da equipe de saúde da APS do município, para atuar no cuidado coletivo, ainda estão focadas em ações do cuidado individual com enfoque na doença e na saúde pública.

Assim, identificou-se que essa prática tem reflexos nos processos de formação inicial e permanente, os quais estão centrados fortemente num modelo que privilegia o cuidado individual pautado no modelo biomédico, num currículo em que a teoria antecede a prática na maioria das carreiras (dentistas, educadores físicos e psicólogos), e que a prática do cuidado coletivo não foi privilegiada na formação. Alguns educadores físicos, enfermeiros e psicólogos, embora tenham feito especializações, estas também foram centradas na doença e reabilitação, com currículos iguais aos da graduação, voltados ao modelo flexneriano, com práticas centradas, principalmente, na clínica, e que a formação para o cuidado coletivo não foi privilegiada.

A educação em serviço está pautada em modelo ainda tradicional de atualização de conhecimentos por meio dos cursos, congressos, discussão de casos, fóruns, autodidatismo, reproduzindo as práticas em saúde. Outro ponto a ser destacado diz respeito ao enfoque predominante no cuidado individual, nas patologias, somente houve um destaque para a



abordagem à família. Por vezes, têm-se trabalhado as discussões em equipe, sendo essas, geralmente, na saúde mental, com troca de experiências e construção do conhecimento também mediada pelo órgão fiscalizador de classe da psicologia. Porém, a necessidade de se constituir uma prática de EPS, com reflexão sobre o processo de trabalho construído no cotidiano, suas bases de sustentação para sua transformação, não aparece nas falas dos profissionais.

Considera-se que os incentivos enquanto políticas públicas, apoiadas pelo Ministério da Saúde brasileiro, para a mudança na formação na graduação e, dentre essas, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), e as residências multiprofissionais na pós-graduação, podem representar possibilidades efetivas para que tenhamos profissionais com uma formação diferenciada. Nesses programas há a intenção de se redesenhar novas práticas profissionais com experiências de integração entre as profissões, dos saberes e de superação das concepções de saúde centradas somente na doença.

No entanto, alguns limites têm sido percebidos e que podem interferir nos processos de mudança no setor saúde no Brasil, dentre estes está a falta de formação dos profissionais da saúde e gestores para atuar na APS levando ao desconhecimento de como investir no cuidado coletivo, a necessidade da intersetorialidade e do trabalho em equipe interprofissional. A depender da visão da gestão municipal vigente nos municípios, a realização do cuidado coletivo e a sua organização para que este ocorra, permanecem centrados no modelo biomédico, apresentando dificuldades na superação deste modelo e de suas práticas.

Importante destacar que uma das estratégias para superação dos problemas identificados foi apresentar os resultados desta pesquisa junto aos gestores municipais e construir uma proposta de mudanças, a qual considerou o referencial de EPS e a metodologia ativa de ensino-aprendizagem.

Destaca-se também a necessidade de continuar a investigação sobre as práticas do cuidado coletivo, considerando a importância da interface entre as práticas dos diversos profissionais da equipe e a prática do Agente Comunitário de Saúde, o qual se coloca como um elo entre a comunidade e os serviços de saúde.

## Referências

- Arantes, C. I. S., Camacho, G. A., Ribeiro A. A., & Verardino, R. G. S. (2014). Cuidado coletivo na atenção primária em saúde: concepções de graduandos de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(2), 772-778.
- Assis. Prefeitura Municipal de Assis. Secretaria Municipal da Saúde de Assis. (2014). *Plano Municipal da Saúde 2014-2017*. Assis: Secretaria Municipal da Saúde de Assis.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Educação Permanente*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Carvalho, S. B. O., Duarte, L. R., & Guerrero, J. M. A. (2015). Parceria ensino em serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(1), 123-144.



- Carvalho, Y. M., & Ceccim, R. B. (2012). Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos, G.W.S., Minayo, M.C.S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., & Carvalho, Y. M. (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. (pp. 137-170). 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986.
- Chirelli, M. Q., & Nassif, J.V. (2017). O processo ensino-aprendizagem em metodologia ativa: visão do professor no currículo integrado e por competência dialógica. *Indagatio Didactica*, 9(3), 61-77.
- Costa, M.V. (2017). A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: Toassi, R. F. C. (organizadora). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* pp.14-27. Recuperado de: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>
- Fortuna, C. M., Matumoto, S., Pereira, M. J. B., Mishima, S. M., Kawata, L. S., & Camargo-Borges, C. (2011). O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(3): [8 telas]. Recuperado de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_18.pdf)
- Franco, T. B., & Magalhães Junior, H. M. (2004). Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy, E. E., & Franco, T.B. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo (SP): Hucitec.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2013). O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: Merhy, E. E., & Franco, T.B. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec; p. 151-171.
- Fundação Seade. (2018). *Perfil dos municípios paulistas: Assis*. Recuperado de <http://www.perfil.seade.gov.br/>
- Goering Barreiro, M. & Chirelli, M. Q. (2018). A formação dos profissionais da saúde para o cuidado coletivo na Atenção Primária: contribuições da análise temática. *Atas CIAIQ 2018: Investigação Qualitativa em Educação*, 1, 166-175.
- Grave, M. T. Q., Saldanha, O. M. F., Koetz, L. C. E., Rosa, L. R., Dhein, G., & Nunes, M. T. (2017). Currículo integrado em saúde: construção coletiva a partir de fóruns de qualificação docente. In *Anais 17º Colóquio Internacional de Gestão Universitária*. Mar del Plata (Argentina).
- Honda, K., & Chirelli, M. Q. (2015). Residência multiprofissional em saúde: formação com metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Indagatio Didactica*, 7(3), 49-61.
- Lamante, M. P. S., Chirelli, M. Q., Pio, D. A. M., Tonhom, S. F. R., Capel, M. C. M., & Corrêa, M. E. S. H. (2018). Análise de um percurso de Educação Permanente em Saúde: do planejamento à construção da práxis, *Atas CIAIQ 2018: Investigação Qualitativa em Educação*, 1, 346-354.
- Lei nº 12.796, de 4 de abril de 2013 (2013). Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para dispor sobre a formação dos profissionais da educação e dá outras providências. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12796.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12796.htm)
- Miccias, F. L., & Batista, S. H. S. S. (2014). Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista*



*de Saúde Pública*, 48(1), 170-185.

- Minayo, M. C. S. (2012). Contribuições da antropologia para pensar e fazer em saúde. In: Campos, G.W.S., Minayo, M.C.S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., & Carvalho, Y. M. *Tratado de Saúde Coletiva*. (pp. 189-218). 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1-12.
- Nunes, E. D. (2012). Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde Soc.*, 3(2), 5-21.
- Parecer CNE/CES n. 1.133, de 7 de agosto de 2001 (2001)*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Recuperado de <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>
- Parecer CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014 (2014)*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Recuperado de: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)
- Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017 (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). Recuperado de <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>
- Portaria n. 3194, de 28 de novembro de 2017 (2017)*. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Recuperado de <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2017/12/ok-portaria3194.pdf>
- Portaria n. 648, de 28 de março de 2006 (2006)*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Recuperado de [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)
- Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. (2013)*. Aprova as diretrizes de normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado de [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Santos, D. de S., Mishima, S. M., & Merhy, E. E. (2018). Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(3), 861-870. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>
- Varela, D. S. S., Carvalho, M. M. B., Barbosa, M. U. F., Silva, I. Z. F., Gadelha, R. R. M., & Machado, M. F. A. S. (2016). Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação de profissionais para o SUS. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 6(3), 39-43.