

## CUIDADO COLETIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: CONCEPÇÕES DE GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

### COLLECTIVE CARE IN PRIMARY HEALTH CARE: CONCEPTIONS AMONG UNDERGRADUATE NURSING STUDENTS

### CUIDADO COLECTIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: CONCEPCIONES DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Cássia Irene Spinelli Arantes<sup>I</sup>  
Gabriela Alvarez Camacho<sup>II</sup>  
Aridiane Alves Ribeiro<sup>III</sup>  
Renata Gomes Sanches Verardino<sup>IV</sup>

**RESUMO:** Este estudo objetivou analisar concepções de graduandos de enfermagem sobre o cuidado coletivo na atenção primária em saúde. Trata-se de um estudo de caso, com enfoque qualitativo e descritivo. A coleta de dados ocorreu em novembro de 2010, por meio de grupos focais com 11 graduandos de enfermagem de uma universidade pública do Estado de São Paulo. A análise dos resultados fundamentou-se na técnica de análise de conteúdo temático-categorial e destacou quatro categorias: o cuidado integral e a superação do modelo preventivista; a saúde da família é a *grande sacada* do Sistema Único de Saúde; a saúde da família possibilita a aproximação do contexto de vida e saúde da população; grupos educativos e vigilância em saúde caracterizam o cuidado coletivo. Concluiu-se que o processo de formação está propiciando a formulação de conceitos críticos sobre cuidado coletivo na atenção primária, porém, há necessidade de superação de perspectivas idealizadas.

**Palavras-chave:** Enfermagem em saúde comunitária; atenção primária em saúde; educação em enfermagem; saúde da família.

**ABSTRACT:** This qualitative case study examined under graduate nursing students' conceptions of collective care in primary health care. Data were collected in November 2010 through focus groups of 11 nursing students at a public university in São Paulo State, Brazil. The data was analyzed using theme/category content analysis. The analysis revealed four categories: comprehensive health care and going beyond the preventive model; family health is the key insight informing the Unified Health System; family health makes possible an approximation to the neighborhood context of life and health; and educational groups and health surveillance are characteristic of collective care. It was concluded that nursing training is fostering the formulation of critical concepts of collective care in primary health care, although there is a need to surmount idealistic outlooks.

**Keywords:** Nursing in community health; primary health care; education in nursing; family health.

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo analizar concepciones de estudiantes de enfermería sobre el cuidado colectivo en la atención primaria en salud. Se trata de un estudio de caso, de enfoque cualitativo y descriptivo. La recolección de datos ocurrió en noviembre de 2010 mediante grupos focales con 11 estudiantes de enfermería de una universidad pública del Estado de São Paulo, Brasil. El análisis de los datos fue fundamentado en la técnica de análisis temática y demostró cuatro categorías: el cuidado integral y la superación del modelo preventivista; la salud de la familia es la gran revelación del Sistema Único de Salud; la salud de la familia posibilita la aproximación de las condiciones de vida y de salud de la población; grupos educativos y vigilancia en salud definen el cuidado colectivo. Se concluye que el proceso de formación está propiciando conceptos críticos acerca del cuidado colectivo en la atención primaria, pero es necesario superar perspectivas idealizadas.

**Palabras clave:** Enfermería en salud comunitaria; atención primaria en salud; educación en enfermería; salud de la familia.

## INTRODUÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, iniciou-se um processo de reorganização do modelo assistencial nos serviços públicos de saúde, que propiciou o surgimento de novas práticas com

enfoque na saúde da família<sup>1</sup>. Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu a estratégia saúde da família (ESF) para implantação das ações de atenção primária em saúde (APS)<sup>2</sup>.

<sup>I</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. São Paulo, Brasil. E-mail: arantes@ufscar.br.

<sup>II</sup>Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. São Paulo, Brasil. E-mail: gabriela.ac2@gmail.com.

<sup>III</sup>Aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. São Paulo, Brasil. E-mail: aridianeribeiro@gmail.com.

<sup>IV</sup>Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. Bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: re\_verardino@hotmail.com.

A ESF tem como diretriz a atenção integral e de caráter contínuo, pautando-se na equidade, na resolutividade e na humanização das práticas<sup>3</sup>. Com a ESF, busca-se a mudança de paradigma na atenção do SUS, com a priorização da abordagem preventiva e promocional, no lugar da abordagem curativa, desarticulada e centrada no papel hegemônico do médico<sup>2</sup>. Nesta perspectiva, os trabalhadores de saúde se constituem em sujeitos-chave na viabilização e efetivação da APS, demandando a formação de profissionais não somente com habilidade técnica, mas voltados à atenção das necessidades do ser humano, individualizado e inserido em sua família e em uma comunidade<sup>4</sup>.

Nesse sentido, a reorientação da formação e capacitação do profissional de saúde com vistas à integralidade e ao novo modelo de atenção do SUS passa a ser incorporada nas políticas governamentais<sup>5</sup>. Mas, as mudanças são lentas e ainda tem prevalecido o modelo tradicional de formação universitária em saúde, focado na atenção curativa individual, com pouca valorização dos determinantes sócio-culturais da saúde-doença e pautado na visão fragmentada e reducionista das diferentes disciplinas<sup>3</sup>.

A produção científica referente ao cuidado de enfermagem em saúde coletiva no campo da APS é reduzida, mostrando a necessidade de se ampliar o conhecimento nesse campo de atuação<sup>6</sup>. Esse contexto evidencia a relevância em se estudar a formação na área da saúde e na enfermagem, com relação aos saberes e práticas na APS.

Partiu-se do pressuposto de que, para uma atuação condizente com as diretrizes da ESF, os profissionais de enfermagem deveriam processar, durante a formação, conhecimentos e experiências para desenvolverem ações de caráter coletivo. Questionando inicialmente sobre como o processo de formação estaria preparando esses profissionais para atuar na ESF, principalmente na dimensão do cuidado coletivo, foi definido como objetivo deste estudo: analisar as concepções de graduandos de enfermagem sobre o cuidado coletivo na APS.

## REVISÃO DE LITERATURA

O ensino de enfermagem, no Brasil, segue as normatizações das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área de Saúde de 2001 que, entre outras disposições, determina que o profissional formado deve assistir as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e garantir a integralidade e a humanização da assistência<sup>7</sup>.

Na realidade, o modelo flexneriano ainda permeia fortemente a formação em enfermagem, delimitando o ensino em dois focos, o das disciplinas básicas e o profissionalizante, apartando-se esses dois núcleos entre si e da prática de atuação<sup>8</sup>.

Na busca da reorientação da formação em saúde voltada à integralidade e ao desenvolvimento de novas práticas no SUS tem sido implementadas políticas governamentais, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e o Programa de Educação pelo Trabalho (PET)<sup>9</sup>.

A formação em saúde abarca questões sobre a produção de subjetividades, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS<sup>10</sup>. Tendo a ESF um papel relevante no SUS, o processo de formação em enfermagem deve conter os saberes e práticas da APS, incluindo as formas de cuidar de coletividades.

O trabalho na ESF é exercido por uma equipe interdisciplinar composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde com responsabilidade sobre os habitantes de território geográfico definido<sup>11</sup>. O enfermeiro compartilha diferentes responsabilidades com a equipe; atua como cuidador clínico-assistencial, gestor de pessoal e de atividades referentes ao território e ao serviço; e, também, participa da sistematização e análise de dados e da articulação política, social e comunitária<sup>8</sup>.

No geral, as práticas de saúde coletiva na ESF ainda estão voltadas para um rol limitado de necessidades de saúde com baixa incorporação no contexto de produção das ações de saúde e poderiam ser ampliadas com base no perfil epidemiológico, sanitário e ambiental do território<sup>12</sup>. As ações de cuidado coletivo são àquelas referentes ao processo de territorialização/construção do diagnóstico, promoção da saúde, participação e controle social, monitoramento e avaliação do processo de trabalho e cuidado em saúde, bem como as de educação em saúde e gerenciamento local com vistas ao desenvolvimento de projetos coletivos de trabalho<sup>13</sup>.

As equipes da ESF apresentam dificuldades para organizar e produzir essas ações coletivas que, em grande parte, são de caráter intersetorial e de incentivo à participação popular<sup>12</sup>. Os enfermeiros possuem atuação relevante nas equipes, propondo, organizando, desenvolvendo e avaliando ações coletivas, mas, ainda se embasam predominantemente em conhecimentos tradicionais da epidemiologia, educação e clínica<sup>13</sup>.

Há necessidade de se ampliar os meios de intervenção em saúde coletiva para além de vacinas e restrições comportamentais e co-construir com a comunidade envolvida, projetos de intervenção voltados a situações de risco e vulnerabilidade da coletividade<sup>14</sup>. As ações de cuidado coletivo precisam continuar a ser construídas, produzidas e avaliadas pelas equipes de saúde da família, bem como fazer parte do processo de formação dos profissionais de saúde e, dessa forma, contribuir com a transformação do modelo de atenção na APS.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso. A dimensão qualitativa permite evidenciar ligações subjetivas entre situações da vida real no contexto em que ocorrem<sup>15</sup>.

O cenário de estudo foi o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) que possuía, em 2010, 3.615 horas distribuídas ao longo de oito semestres, em disciplinas teóricas e teórico-práticas; estágios; trabalho de conclusão de curso e atividades complementares<sup>16</sup>.

Na obtenção dos dados, foi utilizada a técnica de grupo focal por possibilitar a apreensão das percepções, comportamentos, opiniões e representações culturais de grupos humanos sobre um determinado assunto<sup>17</sup>.

Os critérios de seleção para participação do grupo focal foram - ser aluno de graduação do último semestre e aceitar o convite. De um total de 29 alunos, participaram 11 graduandos, com idade entre 21 e 29 anos, a maioria (10) do sexo feminino. Vários alunos justificaram sua não participação pelo acúmulo de atividades na fase final do curso e por compromissos relacionados à formatura.

Foram realizados dois grupos focais, um com cinco e outro com seis graduandos, nos dias 17 e 18 de novembro de 2010. A duração média das sessões foi de 1 hora e 40 minutos.

Os grupos focais foram conduzidos pelas pesquisadoras, utilizando roteiro de questões abertas sobre o tema do estudo. As discussões foram gravadas e transcritas. Para a garantia do anonimato dos participantes, as falas foram identificadas pelas letras GF e o número 1 ou 2 que indica o grupo focal, seguidas de uma letra minúscula (a, b, c...) que se refere ao participante. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos da UFSCar (parecer nº 379/2010) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na análise dos resultados, foi utilizada a técnica de categorização temática<sup>18,20</sup>, seguindo-se as etapas: leitura flutuante, exploração do material, categorização e inferência. Assim, de acordo com o objetivo do estudo, foram identificadas e recortadas frases do conteúdo transcrito das discussões dos grupos focais, as unidades de registro, que foram progressivamente agrupadas e reagrupadas em núcleos de sentido até chegar aos temas das categorias.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram elaboradas quatro categorias temáticas: *o cuidado integral e a superação do modelo preventivista; a saúde da família é a grande sacada do SUS; saúde da família, aproximação do contexto de vida e saúde da população; e*

*grupos educativos e vigilância em saúde caracterizam o cuidado coletivo. As categorias não descritas e analisadas a seguir.*

### O cuidado integral e a superação do modelo preventivista

A ideia de cuidado integral foi consensual entre os graduandos, segundo os quais na atenção primária, é possível não somente promover saúde e prevenir doenças, mas também intervir nos problemas de saúde no seu transcorrer e na reabilitação.

*Você pode ter as duas ações [...], tanto o tratamento como a prevenção ao mesmo tempo [...] (GF1a)*

*Eu vou cuidar se você tiver um problema de saúde, mas vou promover saúde também, vou atuar na prevenção de agravos [...] (GF2b)*

Estudantes de fisioterapia, em outro estudo, também apontaram que na ESF há ações curativas centradas no médico, mas há também preocupação em executar ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde da comunidade<sup>21</sup>.

O conceito de integralidade pode ser sintetizado em três vertentes: assistir a população em rede que integra APS, atenção hospitalar e demais serviços; prestar cuidado à saúde considerando promoção, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação; cuidar de forma holística do ser humano<sup>22</sup>.

O cuidado longitudinal na APS trazido pelos graduandos refere-se à atenção desde a prevenção dos problemas de saúde até a cura e reabilitação, abrindo possibilidade de superação do caráter curativo individual da atenção para a integralidade das práticas em saúde<sup>23</sup>. Assim, apreendeu-se nas falas uma perspectiva de superação da polarização entre prevenção e cura.

*[...] é um nível com potencialidades, justamente por essa linha de cuidado, com essa coisa horizontal que você consegue acompanhar [...] (GF1c)*

*[...] não fica só focado na patologia, você vê tudo que está levando a desenvolver, o peso da família naquela [...] é acompanhamento em longo prazo. (GF1b)*

No modelo preventivista, as ações de saúde têm o escopo de prevenir doenças e/ou controlar os agravos, por intermédio de práticas médico-centradas com vistas somente ao indivíduo descolado do seu contexto familiar, social e econômico<sup>24</sup>. Os graduandos mostraram distanciamento desse modelo ao descreverem sua compreensão de atenção integral.

### A saúde da família é a grande sacada do SUS

Evidenciou-se a valorização da saúde da família como estratégia de produção de cuidados na saúde.

*[...] então aí está a grande sacada [...] (GF2d)*

*[...] eu acho que é uma estratégia no mínimo inteligente. (GF1c)*

*[...] fiquei deslumbrada com o prosseguimento da estratégia [...] (GF1e)*

As discussões expressaram forte sentimento de que a ESF é o principal meio de resolução dos problemas de saúde da população. Os graduandos apontaram a potencialidade dessa estratégia, como a mais importante política do SUS, já que tem a capacidade de assistir ao indivíduo, sua família e comunidade desde a promoção da saúde até a reabilitação.

É certo que se ampliou substancialmente a cobertura da população com a ESF, o que contribuiu na melhoria de indicadores de saúde e na concretização de diretrizes do SUS<sup>25</sup>. Mas, por outro lado, é válido salientar que em vários contextos, a ESF tem reproduzido práticas médico-centradas, baseadas na queixa-conduta<sup>23</sup> e sem atuação interdisciplinar da equipe.

Os participantes foram unânimes em exaltar as potencialidades da ESF, aproximando-se de uma visão idealizada, ao trazerem pouco de suas limitações à discussão, pois a mudança para um modelo de atenção focado nas necessidades de saúde dos indivíduos do território, ainda exige transformações estruturais nas equipes de saúde<sup>26</sup>.

Os graduandos consideram que os saberes e práticas aprendidos na saúde da família são tão avançados que eles os utilizaram em suas experiências na atenção hospitalar, trazendo a ideia de inovação na atenção primária.

### **Saúde da família, aproximação do contexto de vida e saúde**

A forma como a ESF está organizada possibilita que a equipe de saúde se aproxime e conheça o contexto de vida das pessoas que estão sob sua responsabilidade. Para os graduandos, isso é propiciado de três maneiras: nas ações do agente comunitário de saúde (ACS), no estabelecimento de vínculo entre equipe e população e nas visitas domiciliares (VD). A importância do ACS é muito destacada pelos participantes.

*Outro grande ganho para a ESF é o agente comunitário [...] (GF1g)*

*[...] você conta com agentes comunitários de saúde, na própria comunidade. (GF2b)*

Na ESF, visando atender às reais necessidades de saúde da comunidade, o ACS atua como facilitador na identificação dos problemas de saúde<sup>27</sup> e como principal intermediador entre a equipe de saúde e a comunidade<sup>27,28</sup>. O ACS é um trabalhador que compartilha costumes, linguagens, culturas e problemas com as pessoas que vivem no seu território de atuação, possibilita a aproximação entre saberes técnico-científicos e conhecimento popular e torna a relação entre a equipe de saúde e a vida social da população mais fortalecida<sup>29-31</sup>.

Por outro lado, os graduandos não trouxeram à discussão questões pertinentes à realidade do exercício das funções do ACS, como a sobrecarga de trabalho<sup>28,30</sup> e a situação de desvio de sua real função, com sua fixação no trabalho burocrático ou de apoio à equipe dentro da unidade de saúde<sup>30</sup>.

Outro aspecto considerado relevante na APS foi a possibilidade de estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários.

*[...] na APS, a gente pode criar maior vínculo com o usuário, o que possibilita maior adesão ao tratamento [...] descobertas de problemas [...] (GF1g)*

A formação de vínculo favorece a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre equipe de saúde, usuário e família<sup>32</sup>.

Com a VD é possível acompanhar a família na sua realidade, pois se conhece o espaço de convivência familiar.

*[...] eu visito a casa, então eu posso ver ali a família acontecendo [...] isso me dá elementos para elaborar um plano de cuidados mais efetivo. (GF1c)*

A VD na saúde da família é entendida como uma tecnologia de interação no cuidado à saúde<sup>33</sup>, propiciando o contato e a identificação das necessidades de saúde do indivíduo, da família e comunidade.

Na sua vivência acadêmica, os graduandos presenciaram momentos de cuidado domiciliar e, apesar do reconhecimento da importância da VD na ESF, alguns deles expressaram preocupação com relação à necessidade de preservação da privacidade da família.

*Eu tenho dificuldade para aceitar a visita domiciliar [...]. Por essa questão de [...] pré-julgamento [...] Avancem demais no espaço daquela família [...] (GF2d)*

A VD pode acarretar uma intromissão exagerada na vida dos usuários, o que limita sua privacidade e liberdade<sup>2</sup>, podendo até significar um determinado intervencionismo no cotidiano das pessoas<sup>34</sup>. Esse contraponto sobre o significado da VD denota um olhar crítico para algumas situações do trabalho na ESF.

A importância da aproximação da realidade da vida da população é ressaltada nas discussões, no que diz respeito à necessidade de se estabelecer o perfil das necessidades de saúde que são peculiares ao território da equipe de saúde da família.

*[...] o conhecimento de como é o território onde a unidade está inserida, se tem saneamento básico, transporte, como vão fazer para chegar à unidade [...] (GF1e)*

A importância desse olhar para os problemas de saúde da população adscrita converge para as recomendações do Ministério da Saúde que preconizam: a delimitação da população assistida, a detecção das necessidades da clientela e o estabelecimento do perfil epidemiológico, demográfico e social da população com vistas à promoção da saúde<sup>35</sup>.

Na identificação dos problemas de saúde da população, os graduandos ressaltaram que é preciso valorizar os saberes populares e escutar o que usuário tem a dizer sobre suas necessidades.

*[...] vem o enfermeiro com características de saber ouvir, saber respeitar, saber trabalhar os conhecimentos populares e não discriminá-lo, não desrespeitá-lo [...]* (GF2d)

A ampliação dos meios de intervenção em saúde coletiva precisa ser co-construída com a comunidade envolvida<sup>14</sup> e, dessa forma, a ESF pode se constituir num cenário de encontro entre profissionais de saúde e população<sup>12</sup>.

### Grupos educativos e vigilância em saúde caracterizam o cuidado coletivo

Apareceram diferentes concepções sobre ações de cuidado coletivo. Uma primeira se caracterizou na atuação com grupos educativos e com os programas do Ministério da Saúde.

*[...] se eu puder fazer um grupo de hipertensos, diabéticos, é cuidar coletivamente das pessoas.* (GF1c)

*[...] ações em grupo, cuidados coletivos da atenção básica [...] é a própria campanha dos programas oferecidos pelo Governo Federal mesmo [...]* (GF1e)

Tal concepção parece ter influência do incentivo das políticas governamentais do SUS ao trabalho com grupos educativos, principalmente para ampliar o entendimento do usuário sobre suas carências de saúde doença e contribuir para a mudança de hábitos de vida<sup>36,37</sup>. Geralmente, os temas abordados nesses grupos são focados na prevenção de doenças, o que requer a ampliação da visão sobre o processo saúde-doença-cuidado no sentido de se utilizar o espaço grupal para tratar também de questões sociais, culturais e históricas<sup>36</sup>.

Outra concepção sobre cuidado coletivo diz respeito à vigilância em saúde, pois monitorando e analisando os dados epidemiológicos e ambientais da população do território adscrito, a equipe de saúde da família planejará as ações coletivas a serem desenvolvidas.

*[...] tem um número grande de hipertensos naquela comunidade: param e organizam feiras para falar sobre o que é hipertensão, ou se há muita criança ociosa: então fazem jogos, brincadeiras [...]* (GF2i)

*[...] é olhar para os dados [...] está juntando lixo em algum lugar, tem entulho [...] aí eu preciso fazer alguma ação coletiva em relação a isso.* (GF2b)

O principal pressuposto da vigilância da saúde é a territorialidade, pois é com base no contexto territorial que se consegue definir necessidades de saúde e estabelecer prioridades, considerando as especificidades de cada coletividade<sup>38</sup>. As discussões trouxeram esse conceito, nas afirmações de que para

identificar necessidades de saúde é preciso olhar para as informações da realidade social e de saúde da comunidade. No entanto, as ações coletivas para atender às necessidades identificadas se referem quase sempre ao uso de tecnologias educativas. Nesse sentido, as concepções dos graduandos parecem refletir a realidade das práticas de saúde que precisam avançar na combinação de outras tecnologias de cuidar, superando a linha estruturada da doença para novas linhas de cuidado e incorporando na ação grupal elementos que incentivem a reivindicação social por melhores condições de vida e saúde<sup>36</sup>.

Os graduandos relataram que as ações coletivas são decididas e planejadas nas reuniões de equipe e que a população participa de tais ações, havendo muita troca de conhecimento e experiências.

*[...] ações coletivas [...] nascem junto ao espaço do trabalho de equipe [...] são definidas as estratégias [...] é estabelecido em grupo [...]* (GF2j)

*Cuidados coletivos abrangem profissionais, usuário para usuário, colocar coisas de prevenção e promoção da saúde para várias pessoas.* (GF1g)

A ESF procura discutir os problemas de saúde para chegar a um consenso sobre as ações de intervenção necessárias<sup>39</sup> e isto é relatado pelos graduandos como ações de cuidado coletivo.

Quanto à participação dos usuários, a relação de troca entre profissionais e eles foi levada à discussão. Tal troca pressupõe uma abordagem que considera o usuário portador de um saber, que inclui crenças e valores, diferente do saber técnico e que precisa ser valorizado nas ações coletivas<sup>40</sup>.

As concepções dos graduandos quanto ao cuidado coletivo avançam no sentido de incorporar estratégias participativas em relação à população atendida, porém, a ESF ainda precisa ampliar o rol de tecnologias para atuar sobre o coletivo.

Uma limitação a ser estudada é como incorporar à saúde o uso de tecnologias que visem à mobilização da sociedade e levem os profissionais de saúde a construir parcerias com sujeitos sociais (usuários), visando à participação social e à construção de ações intersetoriais essenciais na concretização do conceito ampliado de saúde<sup>40</sup>.

## CONCLUSÃO

A análise do conteúdo de dois grupos focais realizados com graduandos de enfermagem deu origem a quatro categorias temáticas. A primeira, *o cuidado integral e a superação do modelo preventivista*, trouxe a noção de integralidade na atenção primária, na perspectiva de que as ações de promoção e prevenção seguem juntas com as de tratamento e reabilitação, podendo significar a superação do modelo preventivista no processo de formação

dos participantes do estudo. Na segunda categoria, *saúde da família é a grande sacada do SUS*, os graduandos valorizaram a estratégia saúde da família na produção de cuidados, defendendo-a como a política mais importante do SUS e a principal forma de resolução dos problemas de saúde da coletividade.

A terceira categoria *saúde da família, aproximação do contexto de vida e saúde da população* evidenciou a saúde da família como possibilidade de aproximação do contexto real das pessoas, sendo relevante para se estabelecer o perfil das necessidades de saúde coletiva. Na quarta e última categoria, *grupos educativos e vigilância em saúde caracterizam o cuidado coletivo*, abordou-se a perspectiva dos graduandos de enfermagem de que na atenção primária o cuidado coletivo baseia-se na atuação com grupos educativos e na prática da vigilância em saúde, monitorando dados epidemiológicos e ambientais, com vistas ao desenvolvimento de ações voltadas para as necessidades da coletividade.

É possível afirmar que o processo de formação dos participantes do estudo está propiciando experiências de aprendizagem que estão levando à formulação de conceitos e posicionamentos críticos acerca do cuidado coletivo no contexto da atenção primária, porém, também é perceptível a necessidade de superação de outras concepções ainda idealizadas sobre esta mesma realidade.

Este estudo apresenta como limitação o fato de não permitir generalizações, pois aborda a perspectiva de alguns sujeitos participantes do processo de formação de um Curso de Graduação em Enfermagem. Mas, por outro lado, ao evidenciar concepções alunos sobre o cuidado coletivo na atenção primária à saúde, os resultados apresentados possibilitam reflexões sobre potencialidades e fragilidades do ensino de saúde coletiva na formação do enfermeiro.

## REFERÊNCIAS

1. Ermel RC, Fracoli LA. O trabalho das enfermeiras no programa de saúde da família em Marília/SP. *Rev esc enferm USP*; 2006; 40:533-9.
2. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 783-836.
3. Moretti-Pires RO. Complexity in family healthcare and the training of future healthcare professionals. *Interface – Comunic, Saude, Educ*. 2009; 13:153-66.
4. Ribeiro EM. Concreticidade do vínculo do/no programa de saúde da família (PSF): desafio de médicos e enfermeiras em uma realidade de implementação do programa [tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
5. Moretti-Pires RO. O pensamento freireano como superação de desafios do ensino para o SUS. *Rev bras educ med*. 2012; 36:255-63.
6. Ferreira VA, Acioli S. O cuidado na prática do enfermeiro no campo da atenção primária em saúde: produção científica. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:506-9.
7. Ministério da Educação (Br). Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1133/2001 – homologado. Despacho do Ministro em 1/10/2001. Brasília (DF): Diário Oficial da União. Seção 1E, 3 out 2001, p. 131.
8. Ximenes Neto FRG, Ponte MAC, Amaral MIV, Rocha J, Cunha ICKO. Percepção dos enfermeiros sobre a prática profissional na estratégia saúde da família. Biblioteca Lascasas, 2009 [citado em 10 jul 2011]. Disponível em: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0468.php>.
9. Ministério da Saúde (Br). Portal da Saúde SUS [site de internet]. PET-Saúde. [citado em 18 maio 2011] Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35306](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306).
10. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14:41-65.
11. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Editora MS; 2007.
12. Massuda A. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em saúde. In: Campos GWO, Guerreiro AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 179-205.
13. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Mishima SM, Kawata LS, Camargo CB. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19:581-8.
14. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 41-80.
15. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
16. Universidade Federal de São Carlos. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Coordenação do Curso de Enfermagem [site de internet]. Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da UFSCar. [citado em 04 jul 2011] Disponível em: [http://www.prograd.ufscar.br/projetoped/projeto\\_enfermagem.pdf](http://www.prograd.ufscar.br/projetoped/projeto_enfermagem.pdf).
17. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia [SciELO Scientific Electronic Library Online]* 2003 [citado em 04 jun 2011]. 12:149-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa (Pt): Edições 70; 2009.
19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
20. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16:569-76.
21. Gonçalves FG, Carvalho BG, Trelha CS. O ensino da saúde coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. *Trab*

- educ saúde. 2012; 10:301-14.
22. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001. p. 65-112.
  23. Silva LS, Sena RR. Integralidade no cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev esc enferm USP. 2008; 42:48-56.
  24. Santos LM, Oliveira EM, Crepaldi MA, Da Ros MA. Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede docente assistencial. Rev Saude Publica [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2010 [citado em 05 jul 2011]. 44:177-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/19.pdf>.
  25. Barreto ML, Carmo EH. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. Ciênc saúde coletiva. 2006; 2:1779-90.
  26. Antunes MJM, Egry EY. O programa de saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. Rev Bras Enferm. 2000; 54:98-107.
  27. Santana JCB, Vasconcelos ALM, Valadares C, Barros JV, Soares JM, Dutra BS. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da família. Cogitare enferm. 2009; 14:645-52.
  28. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. Saude soc. 2009; 18:744-55.
  29. Távarez MFL, Mendonça MHM, Rocha RM. Práticas em saúde no contexto de reorientação. Cad Saúde Pública. 2009; 25:1054-62.
  30. Ferraz A, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário. Ciênc saúde coletiva. 2005; 10:347-55.
  31. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um 'super-herói'. Interface-Comunic, Saude, Educ. 2002; 6(10):84-7.
  32. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação de programa saúde da família numa unidade básica de saúde. Rev esc enferm USP. 2009; 43:358-63.
  33. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev Bras Enferm. 2007; 60:659-64.
  34. Campos GWS. O SUS é melhor que o Brasil. Radis. 2007; 62:16-7.
  35. Ministério da Saúde (Br). Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. [citado em 03 jul 2011] Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_0007\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0007_M.pdf).
  36. Abrahão AL, Freitas CSF. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. Rev enferm UERJ. 2009; 17:436-41.
  37. Manoel MF, Marcon SS, Baldissera VDA. Estratégias educativas para pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Rev enferm UERJ. 2013; 21:403-8.
  38. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc saúde coletiva. 2003; 8:569-84.
  39. Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na equipe estratégia de saúde da família. Rev Bras Enferm. 2009; 62:265-71.
  40. Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? Rev Bras Enferm. 2009; 62:424-9.

