

**POR UMA ATENÇÃO PRIMÁRIA TRANSFORMADORA: FORMAÇÃO E
CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA FORTALECER O TRABALHO NO
CUIDADO A SAÚDE DA FAMÍLIA**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n3-054>

Data de submissão: 07/02/2025

Data de publicação: 07/03/2025

Antonio Nacilio Sousa dos Santos

Doutorando em Ciências Sociais
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Horizonte, Ceará – Brasil.
E-mail: naciliosantos23@gmail.com

Thiago Pompeu Noronha

Doutor PhD em Odontologia
Faculdade São Leopoldo Mandic/SP
Manaus, Amazonas – Brasil.
E-mail: tnoronha@gmail.com

Vera Lúcia Teodoro dos Santos Souza

Mestre em Tecnologia da Informação Aplicada a Biologia Computacional –
Promove/Belo Horizonte
Brasília, Distrito Federal – Brasil.
E-mail: veraluciats@gmail.com

Karla de Oliveira Silva

Mestrando em Enfermagem
Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL)
Machado, Minas Gerais – Brasil.
E-mail: karlinhamestre.silva@gmail.com

Marcos Teixeira de Souza

Doutor em Sociologia
Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, da Universidade Candido Mendes
(IUPERJ/UCAM)
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – Brasil.
E-mail: prof1marcos@hotmail.com

Katharyna Khauane Brandão Ripardo

Mestre em Ciência da Saúde
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Sobral, Ceará – Brasil
E-mail: katarynakh@hotmail.com

Fellipe Portugal Fontanezzi Corsini

Graduando em Enfermagem
Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA)
Volta Redonda, Rio de Janeiro – Brasil.
E-mail: fellipeportugal@hotmail.com

Vanessa Maria Bezerra da Costa

Graduada em Ciências Biológicas
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Pombos, Pernambuco – Brasil.
E-mail: vanessa.mariacosta@ufpe.br

Lucas Dantas Pereira

Mestre em Saúde e Sociedade
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)
Caicó, Rio Grande do Norte – Brasil.
E-mail: lucascaico22@gmail.com

Enes Buck Mutiua Cantala Xavier

Doutorando em Biotecnologia em Saúde
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Vitória, Espírito Santo – Brasil.
E-mail: enesbuckxavier@gmail.com

Gabriel Cherulli Novaes

Graduando em Medicina
Universidade Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN)
Patrocínio, Minas Gerais – Brasil.
E-mail: gabrielnovaesgc@gmail.com

Jessica Cassia Lima

Especialização em Docência do Ensino Superior.
Instituto Pedagógico de Minas Gerais (IPEMIG)
Ouro Preto do Oeste, Rondônia – Brasil.
E-mail: jessicalimma@msn.com

Guilherme de Andrade Ruela

Mestre em Saúde Pública
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Governador Valadares, Minas Gerais – Brasil.
E-mail: guilherme.ruela@ufjf.br

Lucinara Martins da Silva

Mestranda em Promoção da Saúde e da Saúde Comunitária
Fundação Universitária Iberoamericana (FUNIBER)
Boa Vista, Roraima – Brasil.
E-mail: lucinaramartins12345@gmail.com

Maria Laura Santos Cabral

Graduada em Enfermagem

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Teresina, Piauí – Brasil.

E-mail: lauracabral2710@gmail.com

Felipe Gomes Pontes

Graduando em Medicina

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Belém, Pará – Brasil.

E-mail: Felipepontes20@gmail.com

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel central na estruturação de sistemas de saúde justos e eficazes, sendo considerada a principal porta de entrada para o cuidado integral das populações. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como a principal política pública voltada à APS, estruturada para promover ações de prevenção, promoção, diagnóstico precoce e cuidado contínuo. No entanto, a efetividade dessa estratégia depende diretamente da formação e capacitação dos profissionais que atuam nesse nível de atenção, visto que o trabalho em saúde demanda não apenas conhecimentos técnicos, mas também habilidades relacionais e culturais para lidar com a complexidade dos territórios e das demandas sociais. O desafio da formação profissional na APS envolve a superação de modelos biomédicos fragmentados, que historicamente priorizaram uma abordagem curativa em detrimento de práticas de cuidado integral e comunitário. Assim, questionam-se quais são os caminhos para estruturar uma formação em saúde que não apenas capacite os profissionais para a atuação na APS, mas que também os sensibilize para práticas humanizadas, transformadoras e socialmente engajadas. Dito isso, indagamos: Como a formação e capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde podem contribuir para a construção de um cuidado integral e transformador na Saúde da Família? Teoricamente nos ancoramos nos trabalhos de Illich (1975), Giovanella et. al. (2008; 2012; 2013), Starfield (2002), Mendes (2011; 2012; 2018), Werner et. al. (2009), Freeman (2018), entre outros. Metodologicamente, fizemos uso da abordagem qualitativa conforme Minayo (2007), descritivo e bibliográfico a partir de Gil (2008) e com o viés analítico compreensivo de acordo com Weber (1969). Os achados evidenciaram que a formação e a capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) desempenham um papel fundamental na construção de um cuidado integral e transformador. Verificou-se que a qualificação dos trabalhadores impacta diretamente na resolutividade do atendimento, na humanização das práticas e na ampliação do acesso à saúde, especialmente em comunidades vulneráveis. Além disso, identificou-se que a APS, quando estruturada de forma intersetorial e participativa, promove melhores desfechos clínicos e reduz desigualdades no sistema de saúde. A implementação de estratégias de educação permanente e metodologias ativas de ensino foi apontada como essencial para garantir a preparação dos profissionais para os desafios da APS. Por fim, concluiu-se que a valorização da APS como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) requer políticas públicas que priorizem o financiamento adequado, a fixação dos profissionais e a ampliação das equipes multiprofissionais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Formação Profissional. Qualificação em Saúde. Educação Permanente.

1 INTRODUÇÃO

1.1 FORMAÇÃO EM SAÚDE E APS: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA UMA ATENÇÃO PRIMÁRIA TRANSFORMADORA

A Atenção Primária à Saúde (APS)¹ desempenha um papel central na organização dos sistemas de saúde, garantindo acesso equitativo, integralidade e continuidade² do cuidado. Mas também é preciso reconhecer que, historicamente, a construção desse modelo de atenção enfrentou desafios relacionados à fragmentação dos serviços e à predominância do paradigma biomédico³. Segundo Starfield (2002, p. 19), “[...] a APS deve ser entendida como um conjunto de funções essenciais para o funcionamento adequado de um sistema de saúde, garantindo não apenas a entrada no sistema, mas a continuidade do cuidado”. Assim, um sistema de saúde orientado por uma APS forte e estruturada promove maior equidade no acesso aos serviços e reduz desigualdades socioeconômicas na assistência. De acordo com Mendes (2012, p. 47), “[...] a reorganização do cuidado deve priorizar a territorialização e a longitudinalidade, permitindo que os serviços sejam estruturados de forma a garantir acompanhamento contínuo e humanizado das populações atendidas”.

¹ A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de atenção no sistema de saúde, sendo responsável por garantir o acesso universal, contínuo e integral aos serviços de saúde. E sua importância transcende a simples oferta de cuidados básicos, pois se fundamenta na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na coordenação do cuidado, assegurando a articulação entre os diferentes níveis de atenção. Segundo Starfield (2002, p. 10), “[...] em sua forma mais altamente desenvolvida, a atenção primária é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o locus de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo”. Dessa forma, a APS representa um pilar essencial para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo equidade, acessibilidade e eficiência no atendimento às necessidades da população. Ver: Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

² Os princípios da equidade, integralidade e continuidade do cuidado são fundamentais para a organização de um sistema de saúde que atenda às necessidades da população de maneira justa e eficiente. E, nesse sentido, a equidade busca reduzir as desigualdades no acesso aos serviços, garantindo que aqueles em maior vulnerabilidade social recebam a assistência necessária. A integralidade, por sua vez, refere-se à oferta de um cuidado abrangente, considerando não apenas a doença, mas também os determinantes sociais da saúde e as necessidades individuais dos usuários. Já a continuidade do cuidado está relacionada à coordenação das ações em saúde ao longo do tempo, evitando a fragmentação dos serviços e promovendo um acompanhamento adequado dos pacientes. Como destaca Starfield (2002, p. 12), “[...] um sistema de atenção primária forte melhora os resultados de saúde, reduz desigualdades e promove um cuidado mais eficiente, garantindo que os serviços sejam acessíveis e coordenados ao longo do tempo para atender às necessidades dos indivíduos e populações”. Dessa forma, garantir equidade, integralidade e continuidade na Atenção Primária à Saúde (APS) fortalece o Sistema Único de Saúde (SUS) e contribui para uma assistência mais resolutiva e humanizada. Ver: Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

³ O paradigma biomédico, historicamente predominante na formação e na prática dos profissionais de saúde, é caracterizado por uma abordagem centrada na doença, no corpo humano como objeto de intervenção e na medicalização dos problemas de saúde. E essa perspectiva reducionista enfatiza o diagnóstico e o tratamento curativo, frequentemente desconsiderando os determinantes sociais da saúde e a subjetividade dos pacientes. Segundo Illich (1975, p. 15), “[...] a medicalização excessiva transforma experiências naturais da vida, como o nascimento, a dor e o envelhecimento, em problemas médicos, promovendo uma dependência crescente dos indivíduos em relação às instituições de saúde e aos profissionais médicos”. Entretanto, a superação desse modelo exige uma transição para abordagens mais holísticas e integrativas, como a Atenção Primária à Saúde (APS), que valoriza a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a participação ativa dos indivíduos no seu próprio cuidado. Ver: Illich, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

A atenção primária é o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, o lócus da responsabilidade continuada pelos pacientes em populações e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente. Assim, a forma pela qual é formulada para prestar os serviços e de como fazê-lo de forma adequada são componentes-chave de uma estratégia para melhorar a efetividade e a equidade dos serviços de saúde. Entretanto, a atenção primária é apenas um componente (embora seja o componente fundamental) dos sistemas de saúde. Seu papel é prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros lugares (Starfield, 2002, p. 315).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF)⁴ é a principal política pública voltada à APS e tem sido responsável pela ampliação do acesso à saúde nas últimas décadas. Entretanto, é necessário compreender que a ESF não é apenas um modelo organizacional, mas também um dispositivo de transformação das práticas de cuidado. Segundo Giovanella et al. (2012, p. 89), “[...] a ESF representou um avanço na descentralização dos serviços de saúde, promovendo um olhar mais atento às condições sociais e epidemiológicas dos territórios”. Todavia, a efetividade desse modelo depende diretamente da capacitação e do envolvimento dos profissionais que atuam na APS, pois, como Mendes (2011, p. 218) afirma, “[...] o cuidado integral pressupõe não apenas conhecimentos técnicos, mas também habilidades relacionais e uma compreensão ampliada das necessidades sociais e culturais da população atendida”.

A ESF deverá ser expandida dos 51,6% de cobertura atual para atingir 75% de cobertura da população brasileira, nos próximos anos. [...] Contudo, quando se analisa a cobertura da ESF, verifica-se que ela não é homogênea, em função mesmo de sua concepção ideológica de atenção primária seletiva que a concentra, relativamente, em municípios e em regiões mais pobres. [...] Assim, a expansão da ESF deverá fazer-se de forma a completar a cobertura dos municípios de até 50 mil habitantes, em que mais se expandiu, em todas as regiões do país, mas ter um foco especial para municípios médios e grandes, também em todos os estados da federação (Mendes, 2012, p. 109).

E se a ESF tem sido uma ferramenta essencial na ampliação da cobertura da APS, ainda há desafios importantes no que tange à sua implementação efetiva. Nem sempre os profissionais de saúde são formados para atuar com um olhar ampliado sobre o processo saúde-doença, o que acaba reproduzindo práticas fragmentadas e pouco resolutivas. Para Starfield (2002, p. 43), “[...] a APS não

⁴ A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa um modelo central para a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, sendo responsável por ampliar o acesso aos serviços, fortalecer o vínculo entre profissionais e comunidade e promover ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. E sua implementação tem sido fundamental para garantir a descentralização dos serviços e a integralidade do cuidado, considerando as particularidades de cada território. Segundo Giovanella et al. (2012, p. 539), “[...] ao ser assumido como estratégia, a Saúde da Família difunde uma perspectiva inovadora para a atenção primária no país, voltada para a família e a comunidade, que tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial, efetivando o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos”. Dessa forma, a ESF fortalece a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo uma atenção mais equitativa e resolutiva, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade social. Ver: Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., Almeida, P. F., & Escorel, S. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

se limita à oferta de serviços básicos, mas precisa ser compreendida como um eixo estruturante da atenção à saúde, promovendo práticas preventivas e articuladas entre os diferentes níveis de cuidado”. Ora, se a APS deve cumprir esse papel, é imprescindível que os profissionais recebam formação adequada, garantindo a construção de práticas mais humanizadas e socialmente engajadas. Como aponta Mendes (2012, p. 109), “[...] o fortalecimento da APS passa necessariamente pela qualificação dos profissionais, pois são eles que garantem a efetividade da atenção e a continuidade do cuidado”.

Por conseguinte, a formação e capacitação dos profissionais da APS devem superar o modelo biomédico tradicional, que historicamente priorizou intervenções curativas em detrimento da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Mas também é necessário considerar que essa mudança de paradigma requer não apenas novos conteúdos curriculares, mas uma transformação na lógica de ensino e na própria organização do trabalho em saúde. De acordo com Illich (1975, p. 85), “[...] a medicalização excessiva da vida cotidiana leva à perda da autonomia dos indivíduos e ao fortalecimento de um sistema que prioriza o lucro em detrimento do bem-estar”. Por isso, Mendes (2018, p. 63) enfatiza que “[...] a APS deve atuar como um espaço de emancipação social, fortalecendo o protagonismo dos usuários e promovendo uma saúde mais equitativa e participativa”.

Do ponto de vista ideológico, a lógica da APS confronta alguns princípios da medicina flexneriana que são largamente hegemônicos, como a visão negativa da saúde (saúde como ausência de doenças), o individualismo, o biologismo, o especialismo e a ênfase no curativo [grifos nosso]. A medicina heróica, inerente a certos procedimentos de maior densidade tecnológica, não é o campo da APS, o que faz que sua ação cotidiana, ainda que agregue mais saúde à população, não frequente as manchetes da grande mídia e não seja notícia positiva sobre a saúde. A ideologia da medicina científica seduz a população que vê a APS como medicina de baixa qualidade e busca avidamente os cuidados dos especialistas (Mendes, 2012, p. 68).

No entanto, a formação tradicional em saúde ainda se mantém majoritariamente centrada no hospital e na especialização excessiva, afastando os profissionais da realidade comunitária. Quer se trate da graduação, quer se trate da educação permanente, as estratégias formativas precisam incorporar metodologias que valorizem a integralidade do cuidado e o trabalho em equipe interdisciplinar. Segundo Giovanella et al. (2013, p. 312), “[...] a formação em saúde deve estar alinhada aos princípios da APS, garantindo que os profissionais estejam preparados para atuar na atenção integral, com ênfase na promoção e prevenção”. Entretanto, como argumenta Starfield (2002, p. 71), “[...] a APS bem estruturada exige profissionais que compreendam a complexidade das relações sociais e territoriais que influenciam o adoecimento e a qualidade de vida das populações atendidas”.

Assim, a grande questão que se coloca nesta pesquisa é: Como a formação e capacitação dos profissionais da APS podem contribuir para a construção de um cuidado integral e transformador na

Saúde da Família? A resposta a essa indagação perpassa a necessidade de um modelo formativo que articule conhecimentos técnicos e sensibilidade social. Para Mendes (2012, p. 177), “[...] a formação em APS deve ser baseada na problematização das realidades locais, garantindo que os profissionais desenvolvam competências para atuar em contextos diversos e desafiadores”. Já Giovanella et al. (2012, p. 523) apontam que “[...] a educação interprofissional é um caminho promissor para fortalecer a APS, pois permite que os profissionais aprendam a trabalhar de maneira colaborativa, respeitando os saberes de cada categoria”.

Portanto, a construção de um modelo de APS mais eficiente e humanizado depende da adoção de políticas que priorizem a qualificação dos profissionais e a valorização de práticas inovadoras. Mas também é fundamental que as instituições de ensino incorporem metodologias ativas de aprendizagem, promovendo um ensino mais crítico e reflexivo. Segundo Mendes (2011, p. 245), “[...] a formação dos profissionais de APS deve ir além da transmissão de conhecimentos técnicos, sendo necessária uma abordagem que incentive o pensamento crítico e a prática humanizada”. Do mesmo modo, Starfield (2002, p. 313) defende que “[...] a APS eficiente requer profissionais que sejam capazes de estabelecer vínculos com a comunidade e compreender as dinâmicas sociais que afetam a saúde coletiva”.

E se a APS deve garantir acesso equitativo e integralidade do cuidado, então é imprescindível que seus profissionais sejam formados para lidar com a complexidade dos territórios e das demandas sociais. Quer no nível da graduação, quer na formação continuada, é preciso investir em estratégias pedagógicas que preparem os profissionais para enfrentar os desafios da atenção à saúde da família. Mendes (2012, p. 218) destaca que “[...] o fortalecimento da APS passa pelo compromisso das universidades e das instituições formadoras em oferecer currículos alinhados com as necessidades do SUS”. Já Giovanella et al. (2013, p. 412) ressaltam que “[...] a educação permanente em saúde deve ser um eixo estruturante da APS, garantindo que os profissionais estejam sempre atualizados e comprometidos com a melhoria contínua do cuidado”.

Assim, a relevância deste estudo reside na necessidade de fortalecer a APS como um modelo de atenção resolutivo, equitativo e humanizado. Nem a fragmentação dos serviços, nem a ausência de uma formação crítica e reflexiva podem continuar sendo barreiras para a efetivação da APS no Brasil. Mendes (2018, p. 287) sintetiza esse desafio ao afirmar que “[...] o futuro da APS depende da capacidade de formar profissionais preparados para atuar de forma transformadora, rompendo com modelos assistencialistas e tecnicistas”. Assim, como conclui Starfield (2002, p. 365), “[...] a APS eficiente não se constrói apenas com investimentos em infraestrutura, mas, sobretudo, com

profissionais qualificados, comprometidos e capazes de promover mudanças significativas na saúde da população”.

2 PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE: ABORDAGENS, MÉTODOS E RELEVÂNCIA PARA A APS

A pesquisa qualitativa em saúde constituiu um instrumento essencial para compreender os fenômenos complexos que envolvem o cuidado e a organização dos serviços de saúde. E, nesse sentido, Minayo (2007, p. 23) destaca que “[...] a pesquisa qualitativa é um campo interdisciplinar, transdisciplinar e, às vezes, contradisciplinar. Seu foco é a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados a partir das interações sociais”. Logo, esse tipo de abordagem permitiu captar as nuances da experiência dos sujeitos, suas percepções sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os desafios enfrentados no cotidiano dos serviços. Conforme argumenta Gil (2008, p. 50), “[...] a pesquisa bibliográfica permite a identificação de teorias e conceitos fundamentais para a compreensão do objeto de estudo, constituindo um suporte essencial para investigações qualitativas”.

[...] A pesquisa qualitativa está preocupada com o significado de ações e eventos. Não há testes empíricos para medir o estabelecimento de significado. [...] Podemos encontrar o significado se iniciarmos um diálogo com as pessoas acerca de seus sentimentos, podemos fazê-lo por meio do estudo do contexto do gesto em uma série de pessoas, podemos entender o sentido intuitivamente porque esse ato de comunicação é parte de nossa própria língua, ou podemos usar todas essas formas de entendimento do gesto. Após verificar o significado desse modo, fizemos uma contribuição valiosa para o conhecimento, apesar de não ser aplicável a todos os seres humanos (Manual de Medicina de Família e Comunidade, 2012, p. 1).

Mas também foi fundamental considerar que a pesquisa qualitativa, ao se debruçar sobre aspectos subjetivos e contextuais, exigiu uma abordagem interpretativa dos dados coletados. Segundo Weber (1969, p. 110), “[...] toda ação social deve ser compreendida a partir do sentido subjetivo que lhe é atribuído pelo ator”. Dessa forma, a interpretação dos discursos e das interações possibilitou apreender não apenas os desafios operacionais da APS, mas também a forma como os profissionais e usuários significavam suas experiências no sistema de saúde. Como enfatiza Minayo (2007, p. 28), “[...] a pesquisa qualitativa não busca generalizações estatísticas, mas sim um aprofundamento analítico das relações sociais que estruturam os fenômenos investigados”.

Contudo, para garantir a validade e a confiabilidade das análises, foi imprescindível recorrer a uma estratégia metodológica que integrasse diferentes fontes e perspectivas. E a pesquisa bibliográfica, ao revisar criticamente a literatura existente, proporcionou um arcabouço teórico para a sustentação dos achados. Segundo Gil (2008, p. 72), “[...] a pesquisa bibliográfica deve seguir um conjunto de etapas, que incluem a formulação do problema, a identificação das fontes, a leitura crítica

e a organização dos conceitos fundamentais”. Assim, a revisão da literatura sobre a APS permitiu situar os desafios enfrentados no contexto das políticas públicas de saúde e das estratégias de fortalecimento da Atenção Primária.

[...] A formulação do problema e a revisão bibliográfica são etapas essenciais para a construção de qualquer pesquisa científica. A revisão da literatura possibilita a identificação de lacunas no conhecimento, contribui para a delimitação do tema e oferece suporte teórico para a análise dos achados. Além disso, permite ao pesquisador situar sua investigação no contexto das discussões acadêmicas e identificar as principais correntes teóricas que orientam o campo de estudo (Gil, 2008, p. 73).

Ora, a pesquisa descritiva, ao enfatizar a caracterização dos fenômenos, também desempenhou um papel crucial na sistematização dos achados. Segundo Gil (2008, p. 55), “[...] as pesquisas descritivas têm como objetivo principal o estudo detalhado das características de determinada população, instituição ou problema”. Logo, ao adotar essa abordagem, foi possível traçar um panorama das práticas e desafios enfrentados pelos profissionais da APS, com base nos relatos obtidos por meio da pesquisa qualitativa. Conforme argumenta Minayo (2007, p. 34), “[...] a triangulação de métodos e fontes é um recurso fundamental para garantir uma compreensão mais ampla dos fenômenos sociais investigados”.

Por conseguinte, a análise compreensiva weberiana orientou a interpretação dos resultados, considerando o sentido subjetivo atribuído pelos sujeitos às suas experiências. Weber (1949, p. 90) afirma que “[...] o tipo ideal é um instrumento analítico que permite ordenar e compreender a realidade social a partir de suas características mais essenciais”. Dessa forma, os relatos dos profissionais e usuários da APS foram analisados levando em conta as representações sociais sobre o cuidado em saúde, os vínculos estabelecidos com os serviços e os desafios enfrentados no cotidiano do trabalho. Como destaca Minayo (2007, p. 37), “[...] compreender o sentido da ação social é o primeiro passo para a construção de um conhecimento crítico e transformador”.

Entretanto, a utilização dessas abordagens não se limitou à análise dos dados, mas também orientou a estruturação da pesquisa desde suas fases iniciais. Segundo Gil (2008, p. 77), “[...] a construção lógica de uma pesquisa deve integrar a fundamentação teórica, a definição dos métodos e a análise dos achados de forma coerente e articulada”. Assim, a combinação entre a pesquisa bibliográfica, a análise compreensiva e a abordagem qualitativa permitiu aprofundar a compreensão sobre a APS e suas implicações para o Sistema Único de Saúde (SUS).

[...] A apresentação consiste na organização dos dados selecionados de forma a possibilitar a análise sistemática das semelhanças e diferenças e seu inter-relacionamento. Esta apresentação pode ser constituída por textos, diagramas, mapas ou matrizes que permitam uma nova maneira de organizar e analisar as informações. Nesta etapa geralmente são definidas outras categorias de análise que vão além daquelas descobertas na etapa de redução dos dados (Gil, 2008, p. 176).

Mas também é necessário enfatizar que a pesquisa qualitativa, ao valorizar a subjetividade e os significados, proporcionou um olhar mais sensível sobre os desafios enfrentados pelos profissionais e usuários da APS. Conforme argumenta Minayo (2007, p. 41), “[...] a pesquisa qualitativa deve estar comprometida com a transformação social, contribuindo para a formulação de políticas públicas mais inclusivas e equitativas”. E essa perspectiva foi essencial para situar a APS dentro de um contexto mais amplo, que considerasse as desigualdades sociais e as limitações estruturais que impactam a oferta de serviços.

Por fim, a integração entre essas diferentes abordagens metodológicas permitiu não apenas uma compreensão mais aprofundada da APS, mas também a construção de um conhecimento crítico e reflexivo sobre o tema. Segundo Weber (1969, p. 112), “[...] compreender a ação social implica captar sua intencionalidade e suas motivações, situando-a dentro de um contexto histórico e cultural”. Assim, a pesquisa qualitativa, a análise compreensiva e a revisão bibliográfica se complementaram na estruturação deste estudo, reforçando a importância dessas estratégias para o avanço da produção científica em saúde.

3 POR UMA ATENÇÃO PRIMÁRIA TRANSFORMADORA: FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a base de um sistema de saúde equitativo, garantindo acesso universal e contínuo aos serviços de saúde. E, nesse sentido, a APS desempenha um papel estruturante na organização dos sistemas de saúde, pois busca atender às necessidades da população por meio de uma abordagem integral e coordenada. Segundo Starfield (2002, p. 10), “[...] em sua forma mais altamente desenvolvida, a atenção primária é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o locus de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo”. Assim, um sistema de saúde baseado na APS não apenas amplia o acesso, mas também melhora a eficiência e reduz custos. Mendes (2012, p. 24) complementa essa visão ao afirmar que “[...] a atenção primária à saúde, para colocar-se como reordenadora do SUS e como coordenadora das redes de atenção à saúde, tem de passar por reformas profundas que permitam solucionar os problemas presentes”.

Os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS apresentaram resultados melhores e mais equitativos, foram mais eficientes, tiveram menores custos e produziram mais satisfação para as pessoas usuárias quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS. Esses sistemas possibilitaram liberar recursos para atender às necessidades dos excluídos; melhoraram a equidade porque foram menos custosos para os indivíduos e mais custo/efetivos para a sociedade; asseguraram maior eficiência dos serviços porque pouparam tempo nas consultas, reduziram o uso de exames laboratoriais e reduziram os gastos em saúde (Mendes, 2012, p. 94).

Como podemos denotar, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem demonstrado ser a abordagem mais equitativa e eficiente para garantir acesso à saúde de qualidade. E essa eficiência não se reflete apenas na redução dos custos, mas principalmente na ampliação da satisfação dos usuários e na promoção de uma assistência mais resolutiva. Segundo Starfield (2002, p. 420), “[...] a qualidade da atenção primária deve ser medida não apenas pela satisfação dos usuários, mas também pela sua capacidade de coordenar o cuidado, minimizar internações desnecessárias e evitar a fragmentação dos serviços”.

Ora, essa premissa se materializa no dia a dia dos profissionais de saúde da APS, que atuam na linha de frente, lidando com demandas diversas e garantindo o acompanhamento contínuo dos pacientes. Como destaca Mendes (2012, p. 94), “[...] os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS apresentaram resultados melhores e mais equitativos, foram mais eficientes, tiveram menores custos e produziram mais satisfação para as pessoas usuárias”. Mas também é necessário considerar que essa eficiência não significa simplesmente cortar gastos, mas sim alocar os recursos de forma mais racional e estratégica.

No cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁵, isso se traduz na priorização de atendimentos preventivos e no fortalecimento do vínculo entre profissionais e pacientes. Conforme endossamos a afirmação de Mendes (2012, p. 106), “[...] os países com APS forte apresentam menores taxas de internação evitável e melhores indicadores de saúde pública”. Dessa forma, um médico de família que acompanha um paciente hipertenso ao longo dos anos pode evitar episódios de emergência, internações desnecessárias e complicações graves. Além disso, Starfield (2002, p. 683)

⁵ As Unidades Básicas de Saúde (UBS) desempenham um papel essencial na estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). E sua função vai além da prestação de atendimentos individuais, abrangendo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, acompanhamento de condições crônicas e articulação com outros setores para garantir um cuidado integral. Além disso, as UBS são responsáveis pela coordenação do cuidado, garantindo a continuidade do atendimento e evitando a fragmentação dos serviços de saúde. Segundo Mendes (2012, p. 100), “[...] não dá para ter uma APS de qualidade, cumprindo com as funções de resolubilidade, de centro de comunicação e de responsabilização nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), com uma APS que se instala em casas alugadas, que oferta serviços de baixa densidade tecnológica, que tem uma carteira de medicamentos restrita e que funciona com base em cuidados profissionais prestados por médicos e enfermeiros”. Dessa forma, o fortalecimento das UBS é imprescindível para garantir uma APS qualificada, acessível e capaz de atender às necessidades reais da população. Ver: Mendes, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

destaca que “[...] a identificação com um médico de atenção primária e o acompanhamento contínuo resultam em melhores desfechos clínicos, redução da mortalidade e maior satisfação dos pacientes”.

Por conseguinte, a APS também desempenha um papel crucial na mitigação das desigualdades em saúde, pois garante que populações vulneráveis tenham acesso contínuo e qualificado ao sistema. E essa equidade se reflete na priorização de territórios periféricos e em estratégias de saúde da família que levam o cuidado até as residências das pessoas. Segundo Giovanella et al. (2012, p. 540), “[...] a Saúde da Família tem sido fundamental para a ampliação do acesso nos territórios mais vulneráveis, garantindo a presença de equipes multiprofissionais e ações intersetoriais”. Entretanto, Mendes (2012, p. 126) adverte que “[...] apesar do avanço da ESF, a consolidação da APS requer a superação de desafios como a precarização do trabalho e a insuficiência de profissionais”.

Os recursos do SUS não são suficientes para cumprir o mandamento constitucional de um sistema público universal e gratuito. Mas havendo vontade política são bastantes para fazer uma revolução na APS. Isso agregaria um enorme valor à saúde da população brasileira. A superação dos problemas da ESF no SUS envolve um elenco amplo de mudanças conforme apresentado. Isso se impõe porque a ESF é um problema complexo e, como tal, seus problemas não podem ser solucionados por uma agenda restrita. A instituição da ESF como uma estratégia de organização do SUS e a consolidação do ciclo evolutivo da atenção primária à saúde no SUS implicam uma atuação que envolva todas as intervenções, anteriormente mencionadas, tomadas em seu conjunto. Isso não é uma questão simples, nem rápida, nem barata (Mendes, 2012, p. 135).

No entanto, os desafios da APS não se limitam à estruturação do modelo, mas também à necessidade de qualificação contínua dos profissionais. E a formação adequada impacta diretamente na resolutividade dos atendimentos. Como aponta a Organização Pan-Americana da Saúde⁶ (2005, p. 94): “[...] a expansão dos serviços primários pode nem sempre reduzir os custos porque identifica necessidades não atendidas da população, melhora o acesso e expande a utilização dos serviços”. Um exemplo prático disso ocorre nas UBSs onde há profissionais capacitados para o atendimento humanizado de saúde mental, reduzindo encaminhamentos desnecessários a especialistas e melhorando a adesão dos pacientes ao tratamento. Starfield (2002, p. 421) complementa que “[...] a

⁶ A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é um organismo internacional dedicado à promoção da saúde e ao fortalecimento dos sistemas de saúde nos países das Américas. E sua atuação está voltada para o desenvolvimento de políticas públicas que garantam o acesso equitativo e universal à saúde, alinhadas aos princípios da Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, a OPAS tem desempenhado um papel fundamental no apoio à implementação e qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) na América Latina, incluindo o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil. Segundo a OPAS (2005, p. 94), “[...] a expansão dos serviços primários pode nem sempre reduzir os custos porque identifica necessidades não atendidas da população, melhora o acesso e expande a utilização dos serviços”. Dessa forma, a OPAS contribui significativamente para a formulação de estratégias e diretrizes que buscam melhorar os indicadores de saúde e reduzir desigualdades entre os países da região. Ver: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2005). *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: Documento de posição da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)*. Brasília: OPAS, 2005.

qualidade da atenção primária deve ser avaliada pela capacidade de resposta às necessidades reais da população e pela eficiência na articulação com outros níveis do sistema”.

E se a APS é reconhecida por sua eficácia, também precisa de políticas de fortalecimento para ampliar sua atuação. Quer na ampliação de equipes multiprofissionais, quer na melhoria da infraestrutura, as mudanças devem garantir que os serviços sejam cada vez mais resolutivos. Segundo Mendes (2012, p. 61): “[...] o modelo tradicional de APS, centrado apenas na consulta médica, não responde adequadamente às demandas contemporâneas de saúde pública”. Um exemplo disso é a necessidade de ampliar o papel dos agentes comunitários de saúde, que muitas vezes são os primeiros a identificar agravos e encaminhar casos complexos para os demais profissionais. Conforme destaca Giovanella et al. (2012, p. 505), “[...] a atuação das equipes da APS deve considerar a diversidade populacional e garantir estratégias de acolhimento e escuta qualificada”.

Não dá para ter uma APS de qualidade, cumprindo com as funções de resolubilidade, de centro de comunicação e de responsabilização nas RASs, com uma APS que se instala em casas alugadas, que oferta serviços de baixa densidade tecnológica, que tem uma carteira de medicamentos restrita, que funciona com base em cuidados profissionais prestados por médicos e enfermeiros, que não pode oferecer o autocuidado apoiado em função da carência de equipes multiprofissionais, que apresenta sistemas de contratação de profissionais precarizados e que, em geral, não dispõe de uma gerência profissionalizada. [...] Essa mudança paradigmática significará uma APS mais qualificada, adensada tecnologicamente, com mais recursos, com equipe multiprofissional e que, para isso, deverá ser tomada como uma efetiva prioridade pelos gestores do SUS (Mendes, 2012, p. 100).

Por isso, os benefícios da APS se refletem em diferentes níveis do sistema de saúde, reduzindo a sobrecarga dos serviços de urgência e garantindo maior coordenação do cuidado. Entretanto, um dos principais desafios ainda é superar a fragmentação das políticas públicas e consolidar um financiamento adequado para a APS. Mendes (2012, p. 137) ressalta que “[...] é necessário um esforço conjunto para garantir que a APS ocupe o lugar central na organização dos sistemas de saúde, articulando-se com a rede de atenção de forma efetiva”. Além disso, Starfield (2002, p. 527) destaca que “[...] a avaliação dos sistemas de APS deve considerar não apenas indicadores clínicos, mas também a experiência dos pacientes e a capacidade de resposta dos serviços”.

Assim, a APS deve ser entendida como a base para um sistema de saúde mais justo e eficiente, garantindo acesso qualificado, continuidade do cuidado e redução de desigualdades. Mas isso exige investimentos contínuos na qualificação dos profissionais, na ampliação do financiamento e na superação das barreiras estruturais. Como sintetiza Mendes (2012, p. 540): “[...] a APS deve ser vista como o eixo estruturante do SUS, garantindo que as ações de saúde sejam organizadas a partir das necessidades reais da população”. Assim, Starfield (2002, p. 36) conclui que “[...] os países que estruturam seus sistemas de saúde com forte base na APS apresentam melhores indicadores de saúde

e maior satisfação da população”. Mas também é fundamental destacar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o modelo central da APS no Brasil, representando um avanço significativo na organização do cuidado.

Criada para descentralizar e humanizar o atendimento, a ESF fortalece a relação entre profissionais de saúde e a comunidade, promovendo um acompanhamento contínuo e focado na prevenção. Segundo Giovanella et al. (2012, p. 539), “[...] ao ser assumido como estratégia, a Saúde da Família difunde uma perspectiva inovadora para a atenção primária no país, voltada para a família e a comunidade, que tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial, efetivando o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos”. Entretanto, a efetividade da ESF depende da existência de políticas de formação e capacitação profissional adequadas, como pontua Mendonça et al. (2010, p. 540), ao afirmar que “[...] os recursos humanos em saúde constituem, reconhecidamente, um dos principais desafios ao processo de implementação do SUS brasileiro”.

No final da primeira década do século XXI, a Política Nacional de Atenção Básica ampliou o escopo e a concepção da atenção primária brasileira, incorporando os atributos da atenção primária à saúde abrangente. [...] A Saúde da Família torna-se a estratégia prioritária e permanente para a organização da atenção básica e do sistema local de saúde; assim, o modelo brasileiro de atenção básica incorpora os outros elementos da atenção primária à saúde abrangente, de centralidade na família e direcionamento para a comunidade (Giovanella et al., 2012, p. 541).

Por conseguinte, os desafios enfrentados pela APS no Brasil incluem a precarização do trabalho, a insuficiência de profissionais qualificados e a fragmentação das políticas públicas. E, nesse contexto, a falta de vínculos empregatícios estáveis e as condições de trabalho adversas impactam diretamente a continuidade e a qualidade da atenção à saúde. De acordo com Pierantoni, Varella e França (2006, p. 273), “[...] o SUS passou a década de sua implementação sem se preocupar com seus trabalhadores, sem elaborar uma efetiva política de recursos humanos compatível com a sua concepção universalista. Isso permitiu [...] a criação de um exército de trabalhadores sem direitos sociais e trabalhistas”. Já Machado (2005, p. 274) ressalta que “[...] a expansão das equipes com a entrada de novas profissões e ocupações se deu de forma anárquica, sem regulamentação e pouco comprometida com os preceitos do SUS”.

Soma-se a isso, a rotatividade de profissionais, especialmente médicos, compromete a continuidade do cuidado, sendo essa uma das principais fragilidades da APS. Mas, para enfrentar essa questão, algumas estratégias têm sido adotadas, como a realização de concursos públicos e a valorização do processo de qualificação dos trabalhadores. Como destacam Mendonça et al. (2010, p. 540): “[...] a fixação dos profissionais nas equipes da Estratégia Saúde da Família é um desafio a ser

enfrentado, mesmo que os estudos recentes indiquem um índice de permanência maior em relação ao início da estratégia”.

Porém, a precarização dos vínculos trabalhistas ainda prevalece, como aponta Mendes (2012, p. 99): “[...] no PSF, a grande maioria dos profissionais de nível superior tem vínculos precários, especialmente pela via dos contratos temporários. Isso não somente corta a possibilidade de estabilidade como favorece as demissões e contratações políticas”. No Brasil, verificou-se que 77,7% dos médicos e 46,7% dos enfermeiros tinham vínculos precários em que os direitos trabalhistas não eram assegurados.

[...] No Brasil, 41,7% dos médicos e 35,4% dos enfermeiros têm um tempo de trabalho de até 1 ano, o que indica o elevado turno ver profissional. [...] Isso é facilitado pela precarização dos vínculos que permite a um município substituir, muitas vezes, quase todos os membros das equipes por razões de ordem meramente política. Além disso, faz com que não haja planos de cargos e salários (Mendes, 2012, p. 99).

Ora, se a APS é a porta de entrada para o SUS e deve ser o eixo organizador dos serviços de saúde, é imprescindível superar os desafios estruturais que limitam sua efetividade. Mas isso implica em mudanças significativas na formação dos profissionais, no fortalecimento da gestão do trabalho e na ampliação do financiamento da APS. Segundo Mendes (2012, p. 106), “[...] a concepção da ESF, verdadeiramente como a estratégia de reordenamento do SUS e como centro de comunicação das RASs, é fundamental para que os demais problemas sejam superados porque permitirá dar prioridade à APS no SUS”. Starfield (2002, p. 20) também endossa a necessidade de um modelo de APS baseado em princípios de equidade e solidariedade: “[...] os sistemas de atenção de saúde deveriam ser dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional”.

Portanto, o fortalecimento da APS exige um compromisso político e institucional que garanta sua estruturação enquanto modelo de atenção prioritário no Brasil. Nem a fragmentação das políticas públicas, nem a desvalorização dos profissionais podem continuar sendo barreiras para a consolidação da APS. E, como destaca Mendes (2012, p. 120), “[...] é fundamental fortalecer gerencialmente as unidades da ESF para dar conta dos desafios de uma APS estruturada como estratégia de organização do SUS”. Já Starfield (2002, p. 21) argumenta que “[...] a especialização direcionada ao tratamento da enfermidade não pode maximizar a saúde porque a prevenção e a promoção do bem-estar transcendem as enfermidades específicas”.

Dito isso, a APS e a ESF são fundamentais para a construção de um sistema de saúde mais justo e acessível. Contudo, os desafios persistem e exigem uma abordagem integrada que envolva qualificação profissional, financiamento adequado e fortalecimento da gestão. Como destaca

Giovanella et al. (2012, p. 493): “[...] a atenção primária refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas, que, no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de atenção básica à saúde”. E, segundo Mendes (2012, p. 126), “[...] a expansão da ESF deverá fazer-se de forma a completar a cobertura dos municípios de até 50 mil habitantes, em que mais se expandiu, em todas as regiões do país”.

Conseqüentemente, a formação profissional na Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido historicamente influenciada pelo modelo biomédico, que prioriza o diagnóstico e o tratamento de doenças em detrimento da promoção da saúde e da prevenção. E essa abordagem reducionista limita a compreensão do processo saúde-doença e afasta os profissionais de uma visão mais ampla e interdisciplinar. Segundo Gillies (2005, p. 2), “[...] o modelo biomédico foi muito bem-sucedido e continua a ser entre as paredes do hospital-escola. Fora dessas paredes, entretanto, tudo é muito diferente”. Por isso, Mendes (2012, p. 100) enfatiza que “[...] não dá para ter uma APS de qualidade, cumprindo com as funções de resolubilidade e de centro de comunicação nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁷, com uma APS que funciona com base em cuidados profissionais prestados apenas por médicos e enfermeiros”.

A formação profissional em saúde, historicamente, esteve orientada para a doença e não para a saúde. A educação médica foi profundamente influenciada pelo modelo flexneriano, que privilegiava o ensino hospitalar e a fragmentação do conhecimento em especialidades. [...] Essa estrutura curricular reforça a formação de profissionais pouco preparados para lidar com a complexidade da atenção primária, tornando difícil a transição para modelos mais integrativos e centrados na pessoa (Teixeira & Solla, 2006, p. 469).

Mas também é necessário considerar que esse modelo tradicional de ensino da medicina, centrado na doença e no hospital, reforça a fragmentação do cuidado e dificulta a implementação de abordagens mais integrais. E essa fragmentação se reflete na prática dos profissionais da APS, que muitas vezes reproduzem um atendimento especializado sem levar em conta os determinantes sociais da saúde. Segundo Teixeira e Solla (2006, p. 469), “[...] a educação médica separa as disciplinas do

⁷ As Redes de Atenção à Saúde (RASs) são estruturas organizacionais que visam integrar os diferentes níveis de atenção no sistema de saúde, garantindo a continuidade do cuidado e a eficiência na prestação dos serviços. E sua implementação no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) busca superar a fragmentação dos atendimentos, promovendo a coordenação entre a Atenção Primária à Saúde (APS), a média e a alta complexidade. Além disso, as RASs permitem uma melhor alocação de recursos, reduzindo desperdícios e otimizando a resposta às necessidades da população. Segundo Mendes (2012, p. 67), “[...] as Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas que combinam horizontes comuns e alta conectividade entre seus componentes, sendo essencial que a APS assuma a função de coordenadora do cuidado para garantir a integralidade e a resolutividade da atenção”. Dessa forma, o fortalecimento das RASs é essencial para garantir um sistema de saúde mais equitativo, acessível e centrado no usuário. Ver: Mendes, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

ciclo básico e profissional, sendo este realizado nos hospitais de ensino, o que reforça a visão hospitalocêntrica da assistência”. Já Illich (1975, p. 150) critica essa formação reducionista ao afirmar que “[...] os males graves, sem sintomas aparentes, que somente esses equipamentos de diagnóstico podem detectar, são, em geral, doenças incuráveis, nas quais o tratamento precoce agrava o estado psíquico do paciente”.

Por conseguinte, a formação dos profissionais da APS precisa ser repensada para superar essa lógica fragmentada e hospitalocêntrica⁸. E isso significa integrar diferentes disciplinas e promover um aprendizado mais próximo da realidade da atenção primária, valorizando a atuação em equipe multiprofissional. Segundo Mendes (2012, p. 263), “[...] a reforma educacional deve ter alguns elementos importantes: a adoção de enfoques de competência no desenho instrucional, a promoção da educação inter e transprofissional e a institucionalização de um novo profissionalismo que desenvolva os valores do cuidado integral”. Além disso, como aponta Gillies (2005, p. 2), “[...] os ensinamentos de Balint⁹ marcaram o início de um afastamento do modelo puramente biomédico de prática médica predominante naquela época”. Para Mendes (2012: 308):

A atenção multiprofissional não é, apenas, um grupo de diferentes pessoas com diferentes profissões atuando juntas, na ESF, por um tempo determinado. Há que se criar um espírito de equipe, o que implica que os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada qual. As tarefas da atenção devem ser distribuídas de acordo com as competências e as áreas de interesse de cada membro da equipe. Alguns elementos são fundamentais no trabalho em equipe: estratégia de longo prazo, foco na missão e na visão e orientação para superar as resistências às mudanças que o trabalho em equipe exige.

No entanto, a implementação de uma formação mais integrada enfrenta desafios, pois o modelo biomédico ainda está profundamente enraizado na educação médica e na prática profissional. E essa

⁸ O modelo de assistência à saúde historicamente adotado em muitos países, incluindo o Brasil, tem sido marcado por uma forte ênfase no atendimento hospitalar, reforçando a **visão** hospitalocêntrica da assistência. E essa perspectiva privilegia a atenção curativa em detrimento das ações de promoção e prevenção da saúde, resultando em um sistema fragmentado e de alto custo. Além disso, a predominância desse modelo compromete a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS), que deveria ser o eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Teixeira e Solla (2006, p. 469), “[...] a educação médica separa as disciplinas do ciclo básico e profissional, sendo este realizado nos hospitais de ensino, o que reforça a visão hospitalocêntrica da assistência”. Dessa forma, a superação desse paradigma exige a valorização da APS como coordenadora do cuidado, garantindo maior integralidade e acessibilidade aos serviços de saúde. Ver: Teixeira, C. F., & Solla, J. P. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: EDUFBA, 2006.

⁹ Os ensinamentos de Michael Balint foram fundamentais para a reformulação da relação médico-paciente, introduzindo uma abordagem mais humanizada e centrada na subjetividade do paciente. E sua principal contribuição foi destacar a importância da escuta qualificada e da consideração dos aspectos emocionais na prática clínica, contrapondo-se à rigidez do modelo biomédico tradicional. Balint enfatizou que o médico não deveria se limitar ao papel de técnico prescriptor de tratamentos, mas sim atuar como um facilitador da compreensão do sofrimento do paciente. Segundo Gillies (2005, p. 2), “[...] os ensinamentos de Balint marcaram o início de um afastamento do modelo puramente biomédico de prática médica predominante naquela época”. Dessa forma, sua abordagem influenciou a Atenção Primária à Saúde (APS), reforçando a necessidade de vínculos duradouros entre profissionais e pacientes e promovendo uma assistência mais integral e resolutiva. Ver: Gillies, J. C. (2005). *Os médicos de família e o futuro da medicina*. Porto Alegre: Artmed.

resistência dificulta a adoção de um modelo mais humanizado e centrado na pessoa. Segundo Mendes (2012, p. 245), “[...] a clínica colaborativa e centrada na pessoa marca, de forma importante, as diferenças da APS prestada pelo modelo tradicional e pela Estratégia Saúde da Família (ESF)”. Já a Organização Pan-Americana da Saúde¹⁰ (2005, p. 865) enfatiza que “[...] há metodologias que permitem avaliar a cooperação entre os membros de uma equipe de saúde, promovendo uma abordagem interdisciplinar e integrativa”.

Ora, se a APS deve ser o eixo estruturante do sistema de saúde, a formação dos profissionais precisa estar alinhada com seus princípios. E isso implica a necessidade de incorporar metodologias ativas de ensino, que incentivem a problematização da realidade e a construção coletiva do conhecimento. Segundo Mendes (2012, p. 540), “[...] o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)¹¹ foi criado para integrar ensino e serviço, visando à reorientação da formação profissional em saúde e promovendo transformações na atenção à saúde da população”. Além disso, Starfield (2002, p. 421) aponta que “[...] a qualidade da atenção primária deve ser avaliada pela capacidade de resposta às necessidades reais da população e pela eficiência na articulação com outros níveis do sistema”.

Os sistemas de atenção à saúde que estruturaram a APS com base na consulta médica de curta duração fracassaram nas respostas às condições crônicas. A solução de senso comum, inclusive a proposta dos brasileiros na pesquisa do IPEA, está em aumentar o número de médicos na APS. Isso pode ser necessário em lugares em que há uma forte restrição de oferta de médicos. Mas, em geral, a solução verdadeira passa pela formação de uma equipe de

¹⁰ A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é um organismo internacional vinculado à Organização Mundial da Saúde (OMS), responsável por promover a cooperação entre os países das Américas para o fortalecimento dos sistemas de saúde e a melhoria dos indicadores sanitários da região. E sua atuação abrange desde o apoio à formulação de políticas públicas até a implementação de estratégias de prevenção e controle de doenças, sempre com foco na equidade e na universalização do acesso aos serviços de saúde. Além disso, a OPAS tem sido um dos principais agentes na disseminação e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo organizador dos sistemas de saúde. Segundo a OPAS (2005, p. 94), “[...] a APS deve ser estruturada para responder às necessidades da população, garantindo acesso universal e equidade, promovendo um cuidado integral e contínuo ao longo do tempo”. Dessa forma, a OPAS desempenha um papel essencial na construção de sistemas de saúde mais acessíveis, resolutivos e sustentáveis nas Américas. Ver: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: Documento de posição da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)*. Brasília: OPAS, 2005.

¹¹ O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi criado com o objetivo de integrar ensino e serviço, promovendo mudanças na formação dos profissionais de saúde para atender às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). E sua implementação visou superar a fragmentação do ensino tradicional, aproximando os estudantes da realidade da Atenção Primária à Saúde (APS) e fortalecendo o vínculo entre teoria e prática. Além disso, o programa incentivou metodologias ativas de ensino, fomentando uma formação mais crítica, reflexiva e orientada para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Segundo Mendes (2012, p. 540), “[...] o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi criado para integrar ensino e serviço, visando à reorientação da formação profissional em saúde e promovendo transformações na atenção à saúde da população”. Dessa forma, o Pró-Saúde representou um avanço significativo na qualificação dos profissionais, contribuindo para um sistema de saúde mais resolutivo e alinhado às necessidades da população. Ver: Mendes, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

trabalho multiprofissional que distribui as tarefas, segundo as vantagens comparativas de cada profissional (Mendes, 2012, p. 94).

E se a APS deve garantir o cuidado integral e longitudinal, então a formação dos profissionais precisa contemplar uma abordagem interdisciplinar e humanizada. Quer na graduação, quer na educação permanente, é fundamental estimular a prática colaborativa e o trabalho em equipe. Segundo Mendes (2012, p. 126), “[...] a consolidação da APS requer a superação de desafios como a precarização do trabalho e a insuficiência de profissionais, o que só será possível por meio de um investimento efetivo na formação e qualificação”. Além disso, Giovanella et al. (2012, p. 540) destacam que “[...] a Saúde da Família tem sido fundamental para a ampliação do acesso nos territórios mais vulneráveis, garantindo a presença de equipes multiprofissionais e ações intersetoriais”.

Dito isso, é essencial que a formação dos profissionais da APS rompa com o paradigma reducionista do modelo biomédico e incorpore práticas mais abrangentes e humanizadas. Mas isso exige mudanças estruturais na educação médica, na organização do trabalho e na gestão dos serviços de saúde. Segundo Mendes (2012, p. 99), “[...] no Programa Saúde da Família, a grande maioria dos profissionais de nível superior tem vínculos precários, especialmente pela via dos contratos temporários, o que impacta na continuidade do cuidado e na qualificação dos profissionais”. Já Starfield (2002, p. 683) conclui que “[...] a identificação com um médico de atenção primária e o acompanhamento contínuo resultam em melhores desfechos clínicos, redução da mortalidade e maior satisfação dos pacientes”.

Desse modo, a formação continuada e a educação permanente em saúde desempenham um papel fundamental na qualificação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo que estejam preparados para responder às necessidades comunitárias. E essa qualificação vai além da simples atualização técnica, sendo essencial para consolidar práticas humanizadas e integradas ao território. Segundo Mendes (2012, p. 263), “[...] a educação permanente deve estar voltada para a transformação das práticas profissionais, assegurando que a formação ocorra em serviço e dialogue diretamente com as demandas da população”. Além disso, a Organização Mundial da Saúde (2008, p. 96) destaca que “[...] as reformas na prestação dos serviços de saúde devem construir um sistema centrado nas pessoas, reorganizando a APS a partir das necessidades e expectativas da população”.

A educação permanente dos profissionais de saúde há que evoluir de uma educação tradicional para processos de educação permanente contemporâneos. [...] A superação dos processos tradicionais de educação dos profissionais de saúde faz-se a partir de grandes tendências: a educação como um processo permanente; a articulação da educação permanente com a melhoria das práticas profissionais; a adoção de fundamentos oriundos da investigação científica nas áreas de psicologia cognitiva e educação profissional; e o movimento da educação baseada em evidência (Organização Pan-Americana da Saúde, 2008, p. 390).

Mas também é necessário repensar os modelos formativos tradicionais, que ainda se baseiam em metodologias passivas e descontextualizadas da realidade da APS. E essa desconexão entre ensino e prática compromete a qualidade do atendimento e dificulta a adoção de abordagens interdisciplinares. Conforme Mamede (2005, p. 394), “[...] a educação tradicional dos profissionais de saúde é baseada em intervenções isoladas e pontuais, desvinculadas das práticas profissionais, o que leva a uma aprendizagem fragmentada e pouco efetiva”. Por isso, Mendes (2012, p. 391) reforça que “[...] a educação permanente deve evoluir para processos educacionais contemporâneos, baseados em aprendizagem significativa e metodologias ativas”.

Por conseguinte, a adoção de modelos inovadores, como a aprendizagem baseada em problemas (PBL)¹² e a integração ensino-serviço, tem demonstrado maior eficácia na capacitação dos profissionais da APS. E essa abordagem permite que o aprendizado ocorra em cenários reais, fortalecendo a articulação entre teoria e prática. Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, “[...] a formação em saúde deve partir da reflexão sobre o processo de trabalho e buscar a transformação das práticas profissionais”. Além disso, Giovanella et al. (2012, p. 901) destacam que “[...] a educação permanente deve estar integrada às políticas de saúde, promovendo uma formação que valorize o protagonismo dos profissionais e sua capacidade de responder aos desafios da APS”.

Para transpor limites da didática flexneriana, observa-se uma tendência mundial na difusão de metodologias inovadoras, como a ‘aprendizagem baseada em problemas’ (problem-based learning – PBL). Esse método, experimentado inicialmente no Canadá e na Holanda, disseminou-se por vários países nos cursos de medicina, sendo em geral bem avaliado em relação aos métodos tradicionais. O PBL se baseia no estudo de casos e na busca ativa de soluções para os problemas relacionados após sua leitura. O estudo se faz de forma individual e em grupo, com a orientação de um tutor. Entre algumas vantagens atribuídas ao método, está maior integração entre as disciplinas e maior motivação do aluno (Giovanella et. al., 2012, p. 901).

Entretanto, a efetividade desses modelos formativos inovadores depende de um compromisso institucional que garanta a sua implementação em larga escala. E isso significa investir na capacitação

¹² A Aprendizagem Baseada em Problemas (Problem-Based Learning – PBL) é uma metodologia ativa de ensino que busca desenvolver o pensamento crítico, a autonomia e a capacidade de resolução de problemas dos estudantes por meio da investigação de situações reais. E sua aplicação na formação em saúde tem sido fundamental para aproximar os alunos da realidade dos serviços, permitindo que adquiram conhecimentos de forma integrada e contextualizada. Além disso, o PBL incentiva o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade e a busca ativa por soluções, tornando o aprendizado mais dinâmico e significativo. Segundo Giovanella et al. (2012, p. 901), “[...] para transpor os limites da didática flexneriana, observa-se uma tendência mundial na difusão de metodologias inovadoras, como a ‘aprendizagem baseada em problemas’ (PBL), que integra as disciplinas e motiva os alunos a buscarem soluções de forma autônoma e colaborativa”. Dessa forma, a adoção do PBL na educação médica e em outros campos da saúde representa uma estratégia promissora para formar profissionais mais preparados para atuar na Atenção Primária à Saúde (APS) e no Sistema Único de Saúde (SUS). Ver: Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., Almeida, P. F., & Escorel, S. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

dos docentes, na infraestrutura das unidades de saúde e na criação de espaços de troca de experiências entre os profissionais. Como apontam Mamede (2005, p. 394): “[...] a articulação entre educação e serviço ainda é um desafio, pois muitos processos formativos são desconectados das necessidades reais da APS”. Já Mendes (2012, p. 391) enfatiza que “[...] a educação permanente deve estar alinhada com as diretrizes da APS, garantindo que os profissionais sejam preparados para atuar de forma resolutiva e humanizada”.

Ora, se a APS deve ser um espaço de promoção da saúde e não apenas de tratamento de doenças, a formação dos profissionais precisa incorporar abordagens intersetoriais e comunitárias. E isso exige um diálogo constante entre os serviços de saúde, a comunidade e as demais políticas públicas. Segundo Mendes (2012, p. 391), “[...] a intersetorialidade é um princípio fundamental da APS, pois permite que a saúde seja trabalhada em conjunto com outras áreas, como educação, assistência social e cultura”. Além disso, Mamede (2005, p. 394) reforça que “[...] a integração entre os setores deve ser um eixo estruturante da educação permanente, garantindo que os profissionais compreendam a complexidade dos determinantes sociais da saúde”. A intersetorialidade é crucial para a promoção da saúde e supõe a ação conjunta de práticas e instituições sociais para intervir nas necessidades dos indivíduos e da coletividade. Embora muito difundida como proposta, a efetivação da intersetorialidade não é simples. Isso porque, em geral, os sistemas responsáveis pelas diversas áreas sociais são muito rígidos e têm lógicas institucionais e profissionais próprias, o que dificulta a adesão ao trabalho intersetorial.

[...] A intersetorialidade requer estabelecer parcerias intersetoriais, interinstitucionais e com entidades não governamentais e da sociedade civil, visando a: fomentar e monitorar o estabelecimento de políticas públicas integradas em favor da qualidade de vida; incentivar a participação social no processo de decisão e gestão das políticas públicas em saúde; e fortalecer processos de corresponsabilização e de autonomia dos sujeitos e coletivos na produção da saúde (Campos, Barros & Castro, 2004, p. 747).

Por isso, experiências exitosas de formação em APS têm demonstrado a importância de valorizar o conhecimento popular e a participação ativa da comunidade no processo educativo. Quer na organização de grupos de educação em saúde, quer na construção de espaços de escuta qualificada, essas iniciativas fortalecem o vínculo entre profissionais e usuários. Segundo Mendes (2012, p. 127), “[...] o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) tem sido uma experiência importante para integrar ensino e serviço, promovendo uma formação alinhada às necessidades da APS”. Já a Organização Mundial da Saúde (2008, p. 96) aponta que “[...] as reformas na APS devem garantir que a formação profissional esteja alinhada com os princípios da equidade, da justiça social e da participação comunitária”.

Por conseguinte, a educação popular em saúde se destaca como uma estratégia essencial para qualificar os profissionais da APS, valorizando saberes locais e práticas de cuidado construídas coletivamente. E essa abordagem fortalece a autonomia dos usuários, promovendo o protagonismo na gestão do próprio cuidado. Segundo Mamede (2005, p. 394), “[...] a educação permanente deve ser um processo dialógico, no qual os profissionais aprendam com a comunidade e reconheçam a importância dos saberes populares”. Além disso, Mendes (2012, p. 391) reforça que “[...] as práticas de educação em saúde devem ser realizadas em conjunto com a população, garantindo que as intervenções sejam culturalmente apropriadas e efetivas”.

O fortalecimento da APS passa por uma luta que não será nem breve nem fácil, nos planos políticos, econômico e ideológico. O fator favorável é que o modelo vigente do sistema fragmentado, reativo, episódico, focado na doença e organizado com base no fortalecimento das unidades de atenção especializada, muitas vezes sustentado por meio de políticas de saúde-espetáculo, não tem sustentabilidade no longo prazo. Os sistemas de atenção à saúde que se organizam com uma APS frágil são como edifícios sem alicerces. No longo prazo, ruirão provocando resultados econômicos e sanitários desastrosos (Mendes, 2012, p. 71).

Portanto, o fortalecimento da formação continuada e da educação permanente na APS exige uma mudança de paradigma, superando modelos tradicionais e incorporando metodologias ativas, interdisciplinares e socialmente engajadas. Mas isso só será possível com um investimento contínuo na qualificação dos profissionais e na articulação entre ensino, serviço e comunidade. Como sintetiza Mendes (2012, p. 127): “[...] o desafio da APS é formar profissionais que não apenas dominem conhecimentos técnicos, mas que também sejam sensíveis às necessidades sociais e comprometidos com a transformação da realidade”. Assim, Mamede (2005, p. 394) conclui que “[...] a educação permanente deve ser um processo contínuo de reflexão e ação, garantindo que os profissionais estejam sempre preparados para enfrentar os desafios da APS”.

Dito isso, a humanização na Atenção Primária à Saúde (APS) emerge como um princípio fundamental para a construção de um sistema de saúde mais democrático. E, nesse contexto, os profissionais de saúde desempenham um papel essencial ao promoverem práticas que considerem as subjetividades dos usuários e suas realidades socioculturais. Assim, a APS não pode ser reduzida a um atendimento mecanizado e fragmentado, pois “[...] há evidências robustas de que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS apresentam melhores resultados sanitários e maior equidade” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, p. 62).

Portanto, é essencial que os trabalhadores da saúde assumam o compromisso com uma atuação sensível, centrada nas necessidades reais da população. Mas também é imprescindível reconhecer que o engajamento social dos profissionais da APS deve ser pautado em uma compreensão ampliada da

saúde, que vá além do modelo biomédico tradicional. Ora, a APS se fortalece na medida em que seus profissionais se aproximam das comunidades, compreendendo suas especificidades e desenvolvendo ações participativas. Como enfatizado, “[...] os sistemas de atenção à saúde nos países de baixa renda com forte APS tendem a ser mais equitativos e acessíveis, garantindo uma distribuição mais justa dos recursos” (Mendes, 2012, p. 61). Assim, a construção de vínculos sólidos com os usuários torna-se indispensável para garantir a continuidade do cuidado.

Uma importante característica de uma atenção primária à saúde integral, que a diferencia das outras concepções, é a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, como discutido em Alma-Ata; o que implica atuação dirigida para a comunidade – orientação para a comunidade – para enfrentar os determinantes sociais dos processos saúde-enfermidade e incentivar a participação social. Reconhecer a determinação social dos processos saúde-doença exige a articulação com outros setores de políticas públicas, desencadeando e mediando ações intersetoriais para o desenvolvimento social integrado e a promoção da saúde (Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, 2012, p. 506).

Por conseguinte, a valorização das competências relacionais dos profissionais da APS torna-se um pilar essencial para o fortalecimento desses vínculos. E isso implica na necessidade de desenvolver habilidades comunicativas, empáticas e culturais, que favoreçam a aproximação entre profissionais e usuários. Como destacado, “[...] a interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de recombinação e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades da população” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, p. 58).

Logo, a escuta ativa e a valorização das experiências dos pacientes são aspectos fundamentais para a qualidade do cuidado. A atenção centrada na pessoa convoca habilidades comunicacionais singulares das pessoas usuárias e das equipes de saúde porque o trabalho com as pessoas e com as famílias pressupõe uma clínica relacional. De parte das pessoas usuárias implica a estruturação do processo narrativo, a reflexão sobre sua condição de vida, a reconstrução de sua história e a identificação com a saúde; em relação às equipes de saúde, o desenvolvimento da escuta e das habilidades comunicativas, a busca da empatia para com o outro, a reflexão sobre a prática mediada pelos saberes individuais e pela vivência interdisciplinar, a incorporação da perspectiva da pessoa usuária, a habilidade de entender as preferências da pessoa usuária, a habilidade de compartilhar decisões sobre prevenção e tratamento, a habilidade de prover o apoio ao autocuidado, a habilidade de trabalhar em equipes multiprofissionais, a habilidade de utilizar as novas tecnologias para tornar a pessoa usuária mais engajada na produção de sua saúde e a habilidade de administrar o tempo para tornar tudo isso possível (Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, p. 253).

Entretanto, não se pode ignorar o impacto da sensibilidade cultural na efetivação de uma APS mais inclusiva e acessível. A diversidade étnica e social da população brasileira demanda que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com diferentes formas de conceber o processo de adoecimento e cura. “Os sistemas com forte APS estiveram associados com maior satisfação das

peças usuárias e com menor custo agregado na atenção à saúde” (Mendes, 2012, p. 62). Portanto, a abordagem participativa deve ser um eixo estruturante do cuidado integral na APS. Mas a construção dessa abordagem participativa exige um esforço institucional para a implementação de estratégias que consolidem uma prática transformadora na APS. Nesse sentido, é imprescindível superar a visão fragmentada e tecnicista que ainda predomina em muitos serviços de saúde. “A estruturação de redes de atenção à saúde depende de uma APS forte, pois sem isso, os sistemas tornam-se ineficazes” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, p. 55). Assim,

[...] a participação ativa da comunidade no planejamento e avaliação das ações de saúde deve ser estimulada. A superação dos problemas da ESF no SUS envolve um elenco amplo de mudanças conforme apresentado. Isso se impõe porque a ESF é um problema complexo e, como tal, seus problemas não podem ser solucionados por uma agenda restrita. A instituição da ESF como uma estratégia de organização do SUS e a consolidação do ciclo evolutivo da atenção primária à saúde no SUS implicam uma atuação que envolva todas as intervenções, anteriormente mencionadas, tomadas em seu conjunto. Isso não é uma questão simples, nem rápida, nem barata (Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, p. 136).

Por isso, as estratégias voltadas para a consolidação da APS devem estar alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a universalidade, a integralidade e a equidade. Ora, a humanização e o engajamento social dos profissionais de saúde são fundamentais para que esses princípios não se tornem apenas diretrizes abstratas, mas sim práticas concretas no cotidiano dos serviços. “A APS deve ocupar o banco do motorista para dirigir o sistema de atenção à saúde” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, p. 65). Dessa forma, é necessário um investimento contínuo na qualificação profissional e na ampliação dos espaços de participação social. Contudo, para que a APS seja, de fato, transformadora, é necessário um comprometimento político e institucional que garanta sua valorização. O desmonte das políticas públicas e a desvalorização dos profissionais da saúde¹³ fragilizam esse nível de atenção, comprometendo sua resolutividade e sua capacidade de responder às necessidades da população. “O financiamento adequado da APS é

¹³ O desmonte das políticas públicas e a desvalorização dos profissionais da saúde representam desafios significativos para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a efetivação da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante do cuidado. E esse processo se manifesta por meio do subfinanciamento, da precarização do trabalho e da instabilidade dos vínculos empregatícios, que comprometem a qualidade dos serviços oferecidos à população. Além disso, a falta de investimentos em infraestrutura e capacitação profissional dificulta a implementação de ações integrais e resolutivas na APS. Segundo Mendes (2012, p. 225), “[...] a baixa valorização política, econômica e social da Estratégia Saúde da Família (ESF) resulta, em grande parte, da questão ideológica, mas também do pequeno valor econômico que a APS agrega a atores sociais de grande peso na arena sanitária: indústria farmacêutica, indústria de equipamentos biomédicos, prestadores de serviços de maior prestígio e formadores de opinião”. Dessa forma, enfrentar esse cenário exige um compromisso governamental e social que garanta condições dignas de trabalho aos profissionais da saúde e fortaleça as políticas públicas voltadas para a equidade e a universalidade do SUS. Ver: Mendes, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

essencial para garantir sua efetividade e sua capacidade de resposta às necessidades da população” (Mendes, 2012, p. 107).

Portanto, é urgente reverter esse cenário, fortalecendo a APS como eixo central do SUS. A baixa valorização política, econômica e social do PSF resulta, em grande parte, da questão ideológica, mas, também, como se mostrou, do pequeno valor econômico que a APS agrega a atores sociais de grande peso na arena sanitária: indústria farmacêutica, indústria de equipamentos biomédicos, prestadores de serviços de maior prestígio e formadores de opinião. Some-se, a isso, o baixo valor simbólico que o PSF representa para os políticos, para os gestores e para a própria população cuja percepção, captada nas pesquisas de opinião, está ligada, fundamentalmente, a um atendimento médico especializado e rápido (Mendes, 2012, p. 225).

Logo, a formação dos profissionais da APS precisa estar em sintonia com uma perspectiva humanizada e comprometida com a promoção da equidade em saúde. Isso significa que a capacitação técnica deve estar acompanhada de um profundo desenvolvimento ético e relacional, que permita aos profissionais estabelecerem conexões significativas com os usuários. “Os sistemas de atenção à saúde baseados numa APS forte apresentaram melhores resultados sanitários e mais equidade” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, p. 62). Assim, o investimento na qualificação das equipes de saúde deve ser contínuo e baseado na realidade concreta dos territórios atendidos.

A formação de profissionais de saúde é um processo de essencial importância no desenvolvimento e na manutenção de um sistema público de saúde. Essa importância reside no fato de o trabalho em saúde se basear, necessariamente, no elemento humano – ou seja, na sua capacidade de agir, refletir, colocar-se no lugar das pessoas que recebem seus cuidados e entender os determinantes do processo saúde-doença em seu dinamismo e sua complexidade. [...] Entretanto, o processo de formação de profissionais de saúde de nível universitário enfrenta problemas que causam impactos diretos e indiretos nos sistemas de saúde, tanto no Brasil como no exterior (Campos, Aguiar & Belisário, 2012, p. 885).

Assim, a humanização e o engajamento social na APS não podem ser tratados como meros complementos da prática profissional, mas sim como elementos estruturantes de um modelo de atenção que priorize a vida e o bem-estar da população. E, para isso, é fundamental que a gestão do SUS fortaleça políticas que incentivem o protagonismo das equipes de saúde e o envolvimento das comunidades no planejamento das ações. “AAPS deve ser estruturada para responder às necessidades da população, garantindo acesso universal e equidade” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, p. 66). Portanto, a construção de uma APS forte e transformadora depende de um compromisso coletivo com a justiça e a dignidade humana.

4 CONCLUSÃO

A formação e a capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) são fundamentais para a construção de um modelo de cuidado integral e transformador na Saúde da Família. O fortalecimento da APS no Brasil exige a superação de desafios históricos, como a fragmentação dos serviços, a predominância do paradigma biomédico e a precarização do trabalho na saúde. Para tanto, a qualificação dos profissionais deve ir além da transmissão de conhecimentos técnicos, incorporando práticas pedagógicas que promovam a reflexão crítica, a interdisciplinaridade e a valorização da experiência dos usuários.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem demonstrado ser um modelo eficaz na ampliação do acesso aos serviços de saúde e na promoção de um cuidado mais próximo das necessidades da população. No entanto, sua efetividade depende diretamente da qualificação das equipes, pois são os profissionais que garantem a resolutividade da APS e a continuidade do cuidado. Como demonstrado ao longo do estudo, a formação baseada em metodologias ativas, como a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), e a valorização da educação permanente são essenciais para capacitar os profissionais a lidar com a complexidade da prática em saúde pública.

Além disso, a APS deve ser compreendida como o eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo um olhar atento para a territorialização, a longitudinalidade do cuidado e a intersectorialidade das ações. O envolvimento da comunidade e a valorização dos saberes populares são aspectos essenciais para consolidar uma APS humanizada e resolutiva. Para isso, é imprescindível que os profissionais estejam preparados para atuar de forma colaborativa, reconhecendo os determinantes sociais da saúde e promovendo práticas inclusivas e equitativas.

O modelo hospitalocêntrico, ainda predominante na formação médica tradicional, precisa ser superado em favor de uma APS fortalecida, capaz de oferecer um cuidado integral e contínuo. O engajamento dos profissionais da saúde na construção de uma assistência centrada no usuário e na comunidade depende de uma formação que vá além da biomedicina reducionista, incorporando elementos de comunicação, escuta qualificada e humanização do atendimento. A abordagem preconizada por Balint, por exemplo, enfatiza a importância do vínculo entre médico e paciente, promovendo um atendimento mais empático e resolutivo.

Nesse sentido, a implementação de políticas públicas voltadas para a qualificação dos profissionais da APS deve ser prioridade. A expansão da ESF, aliada à valorização dos trabalhadores da saúde e à garantia de condições adequadas de trabalho, são fatores determinantes para a efetividade desse modelo de atenção. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

(Pró-Saúde) é um exemplo de iniciativa que visa integrar ensino e serviço, promovendo transformações na formação profissional alinhadas às necessidades da APS.

Assim, a valorização da APS como um modelo central do SUS passa pela construção de uma política de saúde que priorize a equidade, a integralidade e a continuidade do cuidado. A formação dos profissionais deve ser direcionada para a transformação da realidade social, garantindo que a APS seja um espaço de promoção da saúde e de fortalecimento da cidadania. Como demonstrado, a adoção de estratégias inovadoras na capacitação dos profissionais da APS pode contribuir significativamente para a consolidação de um sistema de saúde mais eficiente, acessível e justo para toda a população.

REFERÊNCIAS

- FREEMAN, R. Community health care. London: Elsevier, 2018.
- GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GILLIES, J. C. Os médicos de família e o futuro da medicina. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- GIOVANELLA, L. et. al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- GIOVANELLA, L. et. al. Saúde da família: estratégias para organização da atenção primária no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- GIOVANELLA, L. et. al. Atenção Primária à Saúde em sistemas universais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- ILICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- NORONHA, T. P. Using invisalign as an alternative to orthognathic surgery for class iii malocclusion: a comprehensive review and case report. Revista Arace. Vol 6. No 4, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev6n4-318> Acesso em 12 de Fev. de 2025.
- NORONHA, T. P. The lingual orthodontics and the social six: a case report. In: Health in Focus: Multidisciplinary Approaches. São Paulo: Seven Publicações, 2024. v. 1, p. 238-245. Doi: 10.56238/sevened2024.030-017. Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/editora/article/view/6183> Acesso em 13 de Fev. de 2025.
- NORONHA, T. P. Quality of life and career success: how Invisalign transforms your smile and future. Caderno Pedagógico, [S. l.], v. 21, n. 13, p. e11471, 2024. DOI: 10.54033/cadpedv21n13-050. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/11471> Acesso em: 13 dez. 2024.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: Documento de posição da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Brasília: OPAS, 2005.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Tecendo os fios da saúde pública: o impacto do saneamento básico na qualidade de vida urbana e no meio ambiente. Cuadernos De Educación Y Desarrollo, 16(5), e4259, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n5-079> Acesso em 15 de Jan. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Políticas culturais e saúde mental na infância: políticas públicas de cultura e sua importância para o desenvolvimento da saúde mental das crianças. Cuadernos De Educación Y Desarrollo, 16(4), e4045, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n4-136> Acesso em 15 de Jan. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “Quando grafito, existo”: o graffiti como dispositivo para a construção da identidade, resistência e inclusão dos jovens na periferia das cidades brasileiras. Cuadernos De Educación Y Desarrollo, 16(6), e4383, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n6-026> Acesso em 16 de Jan. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “Diálogos que Curam”: a percepção dos pacientes sobre a comunicação dos profissionais da saúde no SUS. CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, 17(6), e7404, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.6-100> Acesso em 15 de Jan. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “A fortaleza invisível”: reflexões sobre aspectos socioemocionais e de saúde mental das mães solas no Brasil. Cuadernos De Educación Y Desarrollo, 16(6), e4510, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n6-101> Acesso em 15 de Jan. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “Vidas Entrelaçadas”: vivências e agenciamentos subjetivos de cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Cuadernos De Educación Y Desarrollo, 16(7), e4773, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n7-051> Acesso em 15 de Jan. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “O grito silencioso”: desvendando os nós invisíveis do suicídio e da autolesão entre jovens no Brasil. CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, 17(8), e9319, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-144> Acesso em 15 de Jan. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “Ordem de saúde, norma familiar”: entrelaçando os saberes técnico-científicos sanitaristas e o conhecimento cultural popular de medicina familiar no imaginário coletivo. OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA, 22(9), e6930, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv22n9-202> Acesso em 15 de Jan. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Os novos manicômios: contrarreforma psiquiátrica, a mercantilização da loucura e a ascensão das comunidades terapêuticas no Brasil. Caderno Pedagógico, 21(12), e11224, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n12-245> Acesso em 16 de Jan. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Virada Vacinal – táticas e estratégias de resistência inspiradas em Michel de Certeau para combater o negacionismo na retomada das vacinas. Caderno Pedagógico, 21(13), e11991, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n13-210> Acesso em 15 de Jun. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Entre o peso do cuidado e a exaustão invisível: o desgaste biopsicossocial dos profissionais da educação e saúde a partir da “Sociedade do Cansaço” de Byung-

Chul Han. Cuadernos De Educación Y Desarrollo, 16(13), e6979, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n13-101> Acesso em 15 de Jan. de 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Desmedicar a vida – um olhar crítico sobre doenças psíquicas, diagnósticos psiquiátricos e a expansão da medicalização no brasil. ARACÊ , [S. l.], v. 7, n. 2, p. 7636-7665, 2025. DOI: 10.56238/arev7n2-179. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3365>. Acesso em: 25 de Fev. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Saúde coletiva e equidade – desafios e estratégias para um sistema de saúde inclusivo e sustentável. OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA, 23(2), e8946, 2025. Disponível em <https://doi.org/10.55905/oelv23n2-041> Acesso em 25 de Fev. de 2025.

TEIXEIRA, C. F., & SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006.

WEBER, M. Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília: UnB, 1969.
WERNER, D. et al. Onde não há médico: um guia para os agentes de saúde, parteiras e professores de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2009.