

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO  
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA**

**LEANDRA FRANÇA DA SILVA**

**A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL SANITARISTA NO NÚCLEO AMPLIADO DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO  
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**  
**CURSO DE SAÚDE COLETIVA**  
**NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA**

**LEANDRA FRANÇA DA SILVA**

**A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL SANITARISTA NO NÚCLEO AMPLIADO DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE**

TCC apresentado ao curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Fabiana de Oliveira Silva  
Sousa

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**  
**2019**

Catalogação na fonte  
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV.  
Bibliotecária Ana Ligia F. dos Santos, CRB4-2005

S586i Silva, Leandra França da.

A inserção do profissional sanitário no Núcleo Ampliado de Saúde da Família: perspectivas e desafios na atenção primária à saúde./ Leandra França da Silva. - Vitória de Santo Antão, 2019.  
55 folhas.

Orientadora: Fabiana de Oliveira Silva Sousa.

TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2019.

Inclui referências, apêndice e anexo.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Saúde Pública. I. Sousa, Fabiana de Oliveira Silva (Orientadora). II. Título.

LEANDRA FRANÇA DA SILVA

**A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL SANITARISTA NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Saúde coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 09/12/2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profº. Dr. Fabiana de Oliveira Silva Sousa (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Profº. Dara Andrade Felipe (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Profº. Ana Paula Lopes de Melo (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco

*É o tempo da travessia  
E se não ousarmos fazê-la  
Teremos ficado para sempre  
Á margem de nós mesmos.*

*Fernando Pessoa*

## AGRADECIMENTOS

*Um projeto pensado e realizado com amor nos traz frutos significativos para nosso crescimento e nossa experiência.*

*Sou grata a Deus por me trazer essa oportunidade e me capacitar para conseguir concluir com êxito e por estar presente em cada momento desse processo importantíssimo para o começo da minha carreira.*

*Agradeço a minha família por ser sempre meu combustível para me fazer prosseguir, por estar me apoiando e torcendo por cada conquista que tive no decorrer da minha graduação.*

*A minha mãe, pelas suas orações que sempre influenciaram nos momentos que mais precisei de amparo e por me dar todo amor que só ela sabe dar. Ao meu pai, que em silêncio sempre torceu pelo meu futuro e acreditou no meu crescimento profissional. A minha irmã que sempre me apoiou e esteve disponível para me ajudar no que eu precisasse.*

*Aos meus amigos que sempre estão presentes comemorando cada conquista e crescimento ao meu lado.*

*Agradeço grandemente a minha orientadora Fabiana de Oliveira, que foi essencial para que eu conseguisse concluir esse projeto de grande relevância a expansão dos estudos dessa graduação em saúde coletiva, eu não poderia ter escolhido outra pessoa melhor para estar trabalhando comigo nesse tema.*

*A todos que fizeram parte desse processo na minha vida, minha sincera GRATIDÃO.*

## RESUMO

A profissão de Sanitarista não é recente nas práticas em saúde do Brasil. Esse profissional trouxe grandes conquistas através de seus conhecimentos, mesmo antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O Sanitarista atua em vários setores da saúde pública, e um dos mais recentes é o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), no qual pode colaborar para maior integração da rede assistencial. Por se tratar de uma inserção recente, há poucos estudos sobre a atuação do sanitarista no NASF-AB. Essa pesquisa teve por objetivo analisar a atuação do sanitarista no NASF-AB, trazendo os desafios enfrentados dentro dessa atuação, suas práticas e potencialidades para os serviços na atenção básica. Tratando-se de um estudo exploratório e qualitativo, realizado no estado de Pernambuco, no período de agosto a novembro de 2019. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas aos residentes sanitáristas, cujo cenário de prática é o Núcleo Ampliado de Saúde da Família, havendo a participação de 9 profissionais graduados em saúde coletiva vinculados a 4 programas de residências multiprofissionais em saúde da família. A análise dos dados foi realizada mediante a técnica de análise de conteúdo de Bardin. As evidências discursivas foram organizadas em quatro categorias: i) Práticas dos Sanitaristas no NASF-AB segundo as dimensões do Apoio Matricial, esta contendo três subcategorias, as “Atividades técnico pedagógicas”, “Atividades Clínico Assistencial” e “Atividades de apoio Institucional”; ii) Dificuldades encontradas na atuação dos Sanitaristas dentro da Equipe NASF; iii) Contribuições da atuação do Sanitarista no NASF; iv) Sugestões para fortalecimento da atuação do sanitarista no NASF. Quanto aos resultados identificamos a grande contribuição que esse profissional traz nas dimensões técnico-pedagógicas e institucionais, na qual as ferramentas trazidas pelo sanitarista vem colaborando para a organização das equipes, resultando em uma melhoria no planejamento e direcionamento das ações.

**Palavras-chaves:** Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Saúde Pública.

## ABSTRACT

The Sanitarist profession is not recent in health practices in Brazil. This professional brought great achievements through his knowledge, even before the creation of the Unified Health System (SUS). The Sanitarist operates in various sectors of public health, and one of the most recent is the Extended Family Health Center (NASF-AB), which can contribute to greater integration of the care network. Because it is a recent insertion, there are few studies on the performance of the sanitario at NASF-AB. This research aimed to analyze the performance of the health worker at NASF-AB, bringing the challenges faced within this performance, their practices and potentialities for services in primary care. This is an exploratory and qualitative study conducted in the state of Pernambuco, from August to November 2019. Data were collected through semi-structured interviews with sanitary residents, whose practice scenario is the Extended Family Health Center, 9 graduated public health professionals participating in 4 multiprofessional family health residency programs. Data analysis was performed using Bardin's content analysis technique. The discursive evidences were organized into four categories: i) NASF-AB Sanitarists' Practices according to the dimensions of Matrix Support, which contains three subcategories, "Technical Pedagogical Activities", "Clinical Assistance Activities" and "Institutional Support Activities"; ii) Difficulties encountered in the performance of Sanitarians within the NASF Team; iii) Contributions in the performance of the Sanitarist at NASF; iv) Suggestions for strengthening the performance of the sanitary service in the NASF. As for the results we identified the great contribution that this professional brings in the technical-pedagogical and institutional dimensions, in which the tools brought by the sanitario have been collaborating for the teams organization, resulting in an improvement in the planning and direction of the actions.

**Keywords:** Primary Health Care. Family Health. Public health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PSE – Política Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: uma estratégia que vem dando certo .....</b>	<b>14</b>
<b>2.3 Perfil do Sanitarista e seus campos de atuações .....</b>	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>18</b>
<b>4 ARTIGO .....</b>	<b>19</b>
<b>Aspectos Metodológicos .....</b>	<b>22</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE A- Roteiro para entrevistas .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na década de 1970 no Brasil, ganhou força um movimento que lutava por mudanças e transformações sociais na área da saúde, tal movimento tinha como objetivo a criação de um sistema que garantisse o direito do acesso a uma saúde de qualidade e humanitária, diminuindo as iniquidades e desigualdades das relações sociais a população brasileira. Esse movimento denominado como a Reforma Sanitária, teve como marco a 8º Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no ano de 1986, e contribuiu para criação do Sistema Único de Saúde (SUS) garantido através da Constituição Federal de 1988, que estabelece a população brasileira o direito a saúde e tendo como princípios, a universalidade, equidade e integralidade do SUS (BRASIL, 1988).

A partir da criação do SUS, foram garantidos os investimentos na implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Considerado como um eixo primordial na organização dos serviços de saúde, a APS teve uma grande expansão, a partir de 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF). Esse programa foi criado com o objetivo de trazer uma maior organização no processo de trabalho através da realidade local, causando uma reorientação da atenção primária e uma ampliação da sua cobertura, oferecendo um atendimento de maior qualidade, de forma integral e com enfoque especial as populações mais vulneráveis dos territórios (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2017).

Apesar dos avanços alcançados no âmbito da APS, identificou-se alguns problemas no decorrer do seu desenvolvimento, como: a fragilidade dos sistemas de regulação assistencial, apoio tecnológico e farmacêutico, a carência de equipes multiprofissionais, fragilidades gerenciais com uma baixa profissionalização dos gestores, a insuficiência das práticas de cuidado em saúde e assim por diante. A partir desses impasses que inibiam o desenvolvimento da APS, algumas estratégias tem sido implementadas com vistas ao fortalecimento da resolutividade e integralidade da atenção primária (MENDES, 2015).

Em 2006, o Ministério da Saúde definiu o saúde da família como principal estratégia de consolidação da atenção primária no Brasil. De acordo com Fausto et al. (2014) e o Ministério da Saúde (2011b), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem um papel primordial na organização do sistema de saúde, atuando como porta de entrada prioritária dos usuários no SUS, possibilitando o primeiro contato do

indivíduo na rede e oferecendo o suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar nas redes de atenção através da coordenação do cuidado.

Em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar as ações e resolutividade da Atenção Básica e apoiar a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços (BRASIL, 2008). Em 2017, com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica, o NASF teve sua nomenclatura alterada para “Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)”, passando a mesma a complementar também as equipes de AB “tradicionais” da Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2017).

O NASF-AB vem se tornando essencial na execução e planejamento de ações da ESF, suas atividades devem ser realizadas na perspectiva do apoio matricial em suas dimensões clínico-assistencial e/ou técnico-pedagógica (BRASIL, 2014). De acordo com o Ministério da Saúde (2017), o NASF-AB é composto por uma equipe multiprofissional, ou seja, de diversas áreas de conhecimento, no qual atuam complementando as equipes de Saúde da Família, de maneira integrada e conjunta aos demais profissionais.

Dentre os profissionais que compõem a equipe do NASF-AB, alguns são: assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, sanitarista, dentre outros. O sanitarista é um profissional graduado na área da saúde pública ou coletiva ou ainda, pós-graduado em uma dessas áreas (BRASIL, 2014). A formação do sanitarista abrange um campo de saberes e práticas de caráter transdisciplinar, o capacitando para intervir na saúde através de políticas e práticas relacionadas a promoção, prevenção e recuperação dos indivíduos (TEIXEIRA, 2003).

A profissão do Sanitarista é bem antiga no Brasil, sua formação ocorria através de pós-graduações e atuações de profissionais de saúde nos campos da saúde pública, saúde coletiva e medicina social, porém percebeu-se a necessidade da criação de graduações em Saúde Coletiva com o objetivo de garantir uma formação rigorosamente interdisciplinar e capaz de atender as demandas e necessidades do SUS, podendo atuar tanto em espaços públicos como também em ambientes privados da área da saúde (CÉSAR *et al.*, 2015).

Os profissionais de Saúde Coletiva são capacitados para atuar em diversas modalidades em sua atuação, de forma interdisciplinar, possibilitando a integração dos serviços e a integralidade de ações. Esses profissionais são capazes de assumir

desafios com o objetivo de trazer mudanças positivas para o funcionamento dos sistemas e serviços, juntamente com sua organização (CASTELLANOS *et al.*, 2013).

Tendo em vista que a atenção básica necessita de profissionais capazes de atuar de forma integrada na equipe multiprofissional com base nos princípios doutrinários do SUS, faz-se necessária a ampliação da atuação e visibilidade contínua do profissional Sanitarista no âmbito do NASF-AB. Parte-se do pressuposto que o sanitarista tem atuado no fortalecimento das ações de educação em saúde, articulação da rede de saúde no município, planejamento de ações de acordo com as demandas do território e seu monitoramento.

Considerando a importância desse profissional no NASF-AB, diversos programas de residência multiprofissional têm inserido o sanitarista nas suas equipes. No entanto, há uma escassez de estudos sobre a atuação desse profissional no âmbito do NASF-AB. Nesse sentido, esse estudo discorrerá como tem ocorrido a atuação do profissional Sanitarista no Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

### 2.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil

A Atenção Primária à Saúde no Brasil (APS) começou a sofrer influências desde o início do século XX, passando por várias mudanças na organização do sistema no decorrer dos anos até serem vistas como estratégias de organização da atenção à saúde que procuravam atuar diretamente no processo de saúde-doença, integrando ações preventivas e curativas de acordo com as necessidades dos territórios (MATTA; MOROSINI, 2009).

Desde o projeto da Reforma Sanitária que resistiu e lutou por mudanças sociais na área da saúde, juntamente com suas conquistas efetivadas na Constituição Federal de 1988 e com a lei nº 8.080 que regulamentou o SUS no ano de 1990, foi que houve a expansão, visibilidade e o fortalecimento da APS no Brasil (BRASIL, 1988).

A atenção primária a saúde teve grande avanço na Conferência Internacional de Alma-Ata, em que foi discutido o modo que ela iria se desenvolver, baseando-se na proximidade dos serviços essenciais na vida da população; na promoção; prevenção; cura; reabilitação; dentre outras atribuições (ALMA-ATA, 1978).

No Brasil, o conceito de APS veio através do momento em que houve uma modificação de algumas de suas estratégias, no qual, foi divulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a concepção de “Atenção Seletiva” a APS, tendo seu enfoque em populações rurais e pobres da área urbana, sendo a partir desse acontecimento que a mesma começou a ser inserida no sistema de saúde brasileiro (RIBEIRO, 2007).

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, foi uma estratégia para mudar o modelo de assistência à saúde no Brasil (AMORIM; ARAÚJO, 2004). No qual, de acordo com os Informes técnicos institucionais (2000, p.216):

O Programa Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco.

A assistência à saúde teve um grande avanço após a expansão dos PSF, criando uma relação mais forte com a população, como também com os demais níveis de atenção, prestando serviços de acordo com as necessidades do território (INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS, 2000).

Com a finalidade de fortalecer a AB no Brasil, foi criada a Estratégia de Saúde da Família, a qual de acordo com o Ministério da Saúde (2006) surge com o intuito de substituir a rede tradicional da AB, buscando realizar as ações de acordo com os determinantes sociais da saúde de determinada localidade, para que o planejamento e programação das atividades tenham maior eficiência ao processo de saúde-doença da população, especialmente com foco nas famílias e nas comunidades, buscando também ampliar a integração e integralidade das ações juntamente com as instituições e organizações sociais, criando assim parcerias e construções democráticas no que se refere a maior qualidade da assistência e de sua estruturação.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) veio para regulamentar a AB do SUS. Nos últimos anos, ela sofreu algumas alterações, dentre essas alterações a mais recente ocorreu no ano de 2017, no qual estabeleceu uma revisão de suas diretrizes (BRASIL, 2017). Na portaria nº 2.436, de setembro de 2017, foram estabelecidas algumas alterações na PNAB, tais como: o reconhecimento de outros formatos de equipe, a integração da vigilância com a atenção básica, o teto populacional, Núcleo de Apoio à Apoio à Saúde da Família, que irá complementar as equipes de AB “tradicionais” mudando sua nomenclatura para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), dentre outras alterações (BRASIL 2017).

A APS no Brasil trouxe grandes avanços no SUS, resultando na expansão da assistência, procurando garantir a universalidade no acesso através do acolhimento, além de dispor de profissionais qualificados juntamente com uma corresponsabilização na produção do cuidado em saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Através desses avanços, pode-se observar os impactos nos indicadores de saúde, a ampliação do acesso a tais serviços e uma maior autonomia desses usuários causando uma mudança e melhora na qualidade de vida dessa população. Entretanto, a APS ainda enfrenta muitos desafios, dentre os quais estão: a expansão

de sua cobertura e de sua resolutividade, a ampliação de profissionais de saúde e gestores para sua construção mais eficaz, uma maior integração com a atenção especializada, a efetivação da integralidade e assim por diante (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Nesse sentido, várias estratégias têm sido implementadas para fortalecer a APS, entre algumas dessas estratégias estão: Academia da Saúde, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB), Saúde na Escola (PSE), Telessaúde, NASF-AB e outros (BRASIL, 2013, 2018).

## **2.2 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: uma estratégia que vem dando certo**

O Ministério da Saúde criou o NASF-AB por meio da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de ampliar os serviços ofertados na AB e trazer maior resolutividade para o sistema de saúde (BRASIL, 2008).

Com o intuito de aprimorar e incentivar suas ações, foram criadas várias regulamentações para melhor desempenho dos serviços ofertados na AB, dentre essas atualizações encontram-se a Portaria nº 2.488 de 2011 que estabeleceu uma revisão das diretrizes e normas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Portaria de nº 3.124 de 2012, que redefine as modalidades 1 e 2 do Nasf, criando também a modalidade 3, onde se redirecionou o número de Equipes de Saúde da Família vinculadas a cada equipe do Nasf e a carga horária dos profissionais em cada uma das modalidades (BRASIL, 2011; 2012; 2014).

O NASF-AB é uma estratégia importante na atenção básica já que vem com o objetivo de ampliar as ações ofertadas, visando efetivar a integralidade do serviço, tratando-se de uma ferramenta universalizada e que trabalha de acordo com a singularidade do sujeito envolvido.

As equipes do NASF-AB vêm crescendo gradativamente, passando de 395 equipes no ano de 2008, para 3.797 em 2017 (SAGE, 2017). Desta forma, percebe-se o avanço da assistência na AB, sabendo que as UBS estão dispostas de um apoio técnico-pedagógico e assistencial com todas as suas ferramentas e estratégias que se destinam em levar a efetivação da integralidade e dos demais princípios do SUS.

As ferramentas que essa equipe possui para produzir o cuidado integral são: Educação permanente, atendimento individual específico, atendimento individual compartilhado, reunião de equipe, discussão de casos, construção de PTS (Projeto Terapêutico Singular), atendimento em grupo, atendimento domiciliar, grupo educativos, práticas corporais, encontros comunitários, ações para promoção de modos de vida saudáveis, dentre outros, com intuito de promover a saúde da população com qualidade e de forma humanizada, visando também trazer a autonomia do sujeito juntamente com o serviço (BRASIL, 2014).

Vários estudos já foram realizados identificando sua forma de atuação, no qual, percebe-se sua busca pela integralidade do cuidado aos usuários, a diminuição ou qualificação de encaminhamentos, aumento do escopo de ações da AB, incorporações de novos conhecimentos pelas equipes, qualificação da dinâmica dos serviços, causando dessa maneira o aumento da resolutividade da AB (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017).

Sendo o apoio matricial uma das ferramentas mais importantes da atuação do NASF-AB (BRASIL, 2014), assegurando um apoio de equipe especializada, observa-se a necessidade de efetivação de diversas áreas profissionais para que se consiga realizar uma clínica ampliada e integrada de saberes diversos e de trocas interdisciplinares (CAMPOS; DOMITTI, 2017).

Mesmo sabendo das estratégias que o MS oferece para atuação de seu trabalho, o NASF-AB ainda assim enfrenta o desafio de uma cultura organizacional, em que se observa falhas na assistência, no qual acabam trabalhando apenas para “suprir as demandas” locais, possuindo uma fragilidade na atuação dos profissionais que compõe as equipes e que ainda não estão capacitados para trabalharem contra a fragmentação de algumas práticas e na real perspectiva desse sistema, sendo frágil a operacionalização dos gestores no que se refere a integração do NASF-AB com a ESF. Enfraquecendo dessa maneira um sistema que pode trazer maiores avanços do que já apresenta, no que se refere a resolutividade e potencialidades de sua assistência.

## 2.3 Perfil do Sanitarista e seus campos de atuações

O profissional Sanitarista tem um perfil transdisciplinar, no qual atua em várias dimensões, entre elas está a promoção, proteção e recuperação a saúde (UFBA/ISC, 1994 *apud* TEIXEIRA, 2003).

O Sanitarista em sua área de atuação dispõe de múltiplas ferramentas de acordo com a especialidade realizada. Em sua área de conhecimento estão inseridas as políticas de saúde, planejamento, bioestatística, epidemiologia, saúde ambiental, avaliação de sistemas e serviços de saúde, avaliação de tecnologias em saúde, saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde mental, saúde da família e entre outros (BOSI; PAIM, 2010; TEIXEIRA, 2003).

Segundo as atribuições do profissional sanitário, Paim (2002) destaca que:

No que se refere ao trabalho propriamente dito desse agente, o fato de voltar-se para um conjunto de práticas estruturadas sobre o coletivo impele-o a exercer funções de direção do processo coletivo de trabalho (planejamento, programação, controle e avaliação) como forma de viabilizar a intervenção estruturada para atender a tais necessidades (PAIM, 2002, p. 105-106).

Esse profissional traz grande potencialidade na resolução de problemas e consolidação dos serviços de saúde, colaborando como um agente promotor da saúde e capacitado para atuar dentro da realidade sanitária brasileira, sendo capaz de atuar dentro dos diversos níveis de complexidade do SUS (BEZERRA et al, 2013).

Silva e Pinto (2018) relatam a multiplicidade de espaços em que o profissional sanitário pode vir atuar, trazendo destaque a ampla característica dessa formação. A qual, o mesmo pode estar se inserindo em espaços de esfera governamental como também não governamental, sendo sujeitos aptos para realizar análise social e capazes de trazer transformações no ambiente em que estão inseridos.

Mesmo diante de todas as possibilidades e estratégias que esse profissional dispõe, ainda há muitas dificuldades na expansão das atribuições e atuações dessa profissão, atrapalhando sua efetivação e desenvolvimento de sua área, tendo como exemplo: as disputas corporativas, poucos estudos sobre sua atuação nos serviços de saúde, escassez do mercado de trabalho, a conjuntura atual que aponta desafios para o SUS e outros (BOSI; PAIM, 2010).

Dentre o amplo campo de atuação desse profissional, está o NASF-AB, no qual por meio da Portaria nº 2.488, foi introduzido novas ocupações nesta equipe, incluindo o profissional de saúde sanitarista, seja ele graduado ou pós-graduado nessa área de atuação (BRASIL, 2011). Entretanto, por se tratar de uma proposta recente, existe uma lacuna muito grande de estudos que descrevam e avaliem a atuação do sanitarista nessas Equipes Multiprofissionais da Atenção Básica em Saúde dos municípios.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar as práticas de saúde desenvolvidas pelos sanitaristas dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Pernambuco que atuam no Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar as práticas de saúde realizadas pelo sanitarista no âmbito do Núcleo Ampliado de Saúde da Família;
- Caracterizar as práticas realizadas pelo sanitarista de acordo com as dimensões do apoio matricial;
- Descrever as dificuldades e facilidades da atuação do sanitarista no Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

## 4 ARTIGO

O presente estudo está apresentado no formato de artigo requerido pela Revista *Ciência & Saúde Coletiva*, cujas normas para submissão de artigos se encontram em anexo (anexo a).

### TÍTULO

## A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL SANITARISTA NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

THE INSERTION OF THE SANITARIAN PROFESSIONAL IN THE EXTENDED FAMILY HEALTH CENTER: PROSPECTS AND CHALLENGES IN PRIMARY HEALTH CARE

Leandra França da Silva<sup>1</sup>

Fabiana de Oliveira Silva Sousa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discente da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. R. Alto do Reservatório, s/n – Bela Vista, Vitória de Santo Antão – PE, 55608-680. Email: leandra.franca96@gmail.com

<sup>2</sup>Professora Adjunta da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. R. Alto do Reservatório, s/n – Bela Vista, Vitória de Santo Antão – PE, 55608-680. Email: oliveirasilva.fabi@gmail.com

**Resumo** A pesquisa teve por objetivo analisar a atuação do sanitarista no NASF, seus desafios, práticas e potencialidades para os serviços na atenção básica. Um estudo exploratório e qualitativo, realizado no estado de Pernambuco, no período de agosto a novembro de 2019. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas, havendo a participação de 9 profissionais graduados em saúde coletiva e vinculados a 4 programas de residências multiprofissionais em saúde da família. A análise foi realizada mediante a técnica de análise de conteúdo de Bardin. As evidências discursivas foram organizadas em quatro categorias: i) Práticas dos Sanitaristas no NASF-AB segundo as dimensões do Apoio Matricial, esta contendo três subcategorias, as Atividades técnico pedagógicas, Atividades Clínico Assistencial e Atividades de apoio Institucional; ii) Dificuldades encontradas na atuação dos Sanitaristas dentro da Equipe NASF; iii) Contribuições da atuação do Sanitarista no NASF; iv) Sugestões para fortalecimento da atuação do sanitarista no NASF. Identificamos a grande contribuição que esse profissional traz nas dimensões técnico-pedagógicas e institucionais, nas quais as ferramentas trazidas pelo sanitarista vem colaborando para a organização e direcionamento das ações.

**Palavras-chaves:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde Pública.

**Abstract** The research aimed to analyze the performance of the health worker at NASF, its challenges, practices and potentialities for services in primary care. An exploratory and qualitative study, conducted in the state of Pernambuco, from August to November 2019. Data were collected through semi-structured interviews, with the participation of 9 graduated professionals in collective health linked to 4 multiprofessional residency programs in the city. family. The analysis was performed using Bardin's content analysis technique. The discursive evidences were organized into four categories: i) Sanitary Practices at NASF-AB according to the dimensions of Matrix Support, which contains three subcategories, the Technical Pedagogical Activities, Clinical Assistance Activities and Institutional Support Activities; ii) Difficulties encountered in the performance of Sanitarians within the NASF Team; iii) Contributions in the performance of the Sanitarist at NASF; iv) Suggestions for strengthening the performance of the sanitary service in the NASF. We identified the great contribution that this professional brings in the technical-pedagogical and institutional dimensions, in which the tools brought by the sanitarian have been contributing to the organization and direction of the actions.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health; Public health.

## INTRODUÇÃO

Na década de 1970 no Brasil, ganhou força um movimento que lutava por mudanças e transformações sociais na área da saúde, tal movimento tinha como objetivo a criação de um sistema que garantisse o direito do acesso a uma saúde de qualidade e humanitária, diminuindo as iniquidades e desigualdades das relações sociais a população brasileira. Esse movimento denominado como a Reforma Sanitária, teve como marco a 8º Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no ano de 1986, e contribuiu para criação do Sistema Único de Saúde (SUS) garantido através da Constituição Federal de 1988, que estabelece a população brasileira o direito a saúde e tendo como princípios, a universalidade, equidade e integralidade do SUS<sup>1</sup>.

A partir da criação do SUS, foram garantidos os investimentos na implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Considerado como um eixo primordial na organização dos serviços de saúde, a APS teve uma grande expansão, a partir de 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF). Esse programa foi criado com o objetivo de trazer uma maior organização no processo de trabalho através da realidade local, causando uma reorientação da atenção primária e uma ampliação da sua cobertura, oferecendo um atendimento de

maior qualidade, de forma integral e com enfoque especial as populações mais vulneráveis dos territórios<sup>2</sup>.

Apesar dos avanços alcançados no âmbito da APS, identificou-se alguns problemas no decorrer do seu desenvolvimento, como: a fragilidade dos sistemas de regulação assistencial, apoio tecnológico e farmacêutico, a carência de equipes multiprofissionais, fragilidades gerenciais com uma baixa profissionalização dos gestores, a insuficiência das práticas de cuidado em saúde e assim por diante. A partir desses impasses que inibiam o desenvolvimento da APS, algumas estratégias têm sido implementadas com vistas ao fortalecimento da resolutividade e integralidade da atenção primária<sup>3</sup>.

Em 2006, o Ministério da Saúde definiu o saúde da família como principal estratégia de consolidação da atenção primária no Brasil<sup>4</sup>. De acordo com Ministério da Saúde (2011)<sup>5</sup>, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem um papel primordial na organização do sistema de saúde, atuando como porta de entrada prioritária dos usuários no SUS, possibilitando o primeiro contato do indivíduo na rede e oferecendo o suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar nas redes de atenção através da coordenação do cuidado.

Em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar as ações e resolutividade da Atenção Básica e apoiar a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços<sup>6</sup>. Em 2017, com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica, o NASF teve sua nomenclatura alterada para “Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)”, passando a mesma a complementar também as equipes de AB “tradicionais” da Atenção Primária em Saúde<sup>7</sup>.

O NASF-AB vem se tornando essencial na execução e planejamento de ações da ESF, suas atividades devem ser realizadas na perspectiva do apoio matricial em suas dimensões clínico-assistencial e/ou técnico-pedagógica<sup>8</sup>. De acordo com o Ministério da Saúde (2017), o NASF-AB é composto por uma equipe multiprofissional, ou seja, de diversas áreas de conhecimento, no qual atuam complementando as equipes de Saúde da Família, de maneira integrada e conjunta aos demais profissionais<sup>7</sup>.

Dentre os profissionais que compõem a equipe do NASF-AB, alguns são: assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, sanitarista, dentre outros. O sanitarista é um profissional graduado na área da saúde pública ou coletiva ou

ainda, pós-graduado em uma dessas áreas<sup>8</sup>. A formação do sanitarista abrange um campo de saberes e práticas de caráter transdisciplinar, o capacitando para intervir na saúde através de políticas e práticas relacionadas a promoção, prevenção e recuperação dos indivíduos<sup>9</sup>.

A profissão do Sanitarista é bem antiga no Brasil, sua formação ocorria através de pós-graduações e atuações de profissionais de saúde nos campos da saúde pública, saúde coletiva e medicina social, porém percebeu-se a necessidade da criação de graduações em Saúde Coletiva com o objetivo de garantir uma formação rigorosamente interdisciplinar e capaz de atender as demandas e necessidades do SUS, podendo atuar tanto em espaços públicos como também em ambientes privados da área da saúde<sup>10</sup>.

Os profissionais de Saúde Coletiva são capacitados para atuar em diversas modalidades em sua atuação, de forma interdisciplinar, possibilitando a integração de tais serviços e a integralidade de ações. Esses profissionais são capazes de assumir desafios com o objetivo de trazer mudanças positivas para o funcionamento dos sistemas e serviços, juntamente com sua organização<sup>11</sup>.

Tendo em vista que a atenção básica necessita de profissionais capazes de atuar de forma integrada na equipe multiprofissional com base nos princípios doutrinários do SUS, faz-se necessária a ampliação da atuação e visibilidade contínua do profissional Sanitarista no âmbito do NASF-AB.

Considerando a importância desse profissional no NASF-AB, diversos programas de residência multiprofissional têm inserido o sanitarista nas suas equipes. No entanto, há uma escassez de estudos sobre a atuação desse profissional no âmbito do NASF-AB. Nesse sentido, discutiremos aqui como tem se dado esta atuação.

## **Aspectos Metodológicos**

Esse foi um estudo exploratório, descritivo e qualitativo, realizado no estado de Pernambuco, no período de agosto a novembro de 2019.

No estado de PE existem 6 programas de residência multiprofissionais em saúde da família que ofertam 12 vagas por ano para a inserção dos bacharéis em saúde coletiva na formação das equipes multiprofissionais. Essa pesquisa contou

com a colaboração de 9 profissionais graduados em saúde coletiva que estavam, na ocasião da coleta de dados, vinculados a 4 programas de residências multiprofissionais em saúde da família.

Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas aos residentes sanitaristas, cujo cenário de prática é o Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Os residentes com mais de 6 meses de atuação no NASF foram convidados a participar da pesquisa e informados sobre os objetivos e metodologia do estudo, seus riscos e benefícios, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A entrevista faz parte de um dos processos em que o pesquisador pode conceituar as inter-relações do objeto estudado. Sendo um dos procedimentos utilizados para o levantamento de dados, através de um encontro entre duas pessoas, que proporciona ao pesquisador informações necessárias sobre determinado assunto<sup>12</sup>.

A análise dos dados foi realizada mediante a técnica de análise de conteúdo que consiste num conjunto de técnicas das comunicações que objetiva a descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens<sup>13</sup>.

A análise de conteúdo adéqua-se a estudos que visam a apreensão de mensagens reveladas ou ocultas, num esforço de “vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação”<sup>14</sup>. Todos os dados discursivos foram analisados seguindo uma sequência cronológica de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação<sup>13</sup>.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e está registrado sob CAAE 17763519.9.0000.9430 seguindo a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

## **Resultados e discussão**

No processo de análise dos dados emergiram algumas categorias e subcategorias temáticas que foram sistematizadas de acordo com os objetivos delineados na pesquisa.

As evidências discursivas foram organizadas em quatro categorias: i) Práticas dos Sanitaristas no NASF-AB segundo as dimensões do Apoio Matricial, esta contendo três subcategorias, as “Atividades técnico pedagógicas”, “Atividades Clínico Assistencial” e “Atividades de apoio Institucional”; ii) Dificuldades encontradas na atuação dos Sanitaristas dentro da Equipe NASF; iii) Contribuições da atuação do Sanitarista no NASF; iv) Sugestões para fortalecimento da atuação do sanitarista no Nasf.

*Práticas dos Sanitaristas no NASF-AB segundo as dimensões do Apoio Matricial*

Os resultados dessa pesquisa evidenciam que os sanitaristas que atuam nas equipes do NASF têm desenvolvido um amplo elenco de atividades que contemplam as dimensões do apoio matricial.

O apoio matricial fundamenta-se como parte de um arranjo organizacional, que se caracteriza como um instrumento de gestão do cuidado, visando romper com o modelo médico-centrado, não só qualificando como também trazendo novos sentidos para as intervenções realizadas na população, trabalhando em especial na efetivação do cuidado integral aos usuários<sup>15</sup>.

Neste estudo, consideramos três dimensões do apoio matricial: a Técnico-Pedagógica, relacionada a ações conjuntas entre a EqSF e o Nasf; Clínico Assistencial, com uma assistência ampliada que dá suporte as demandas da EqSF; e o Apoio Institucional (Gestão) que aborda atividades de organização, monitoramento, avaliação e pactuações no serviço<sup>16</sup>.

*Atividades técnico-pedagógicas*

Apesar da diversidade de ações realizadas pelos sanitaristas, é notório a ênfase nas atividades técnico-pedagógicas. Os residentes desenvolvem ações de educação permanente com equipe do NASF-AB e equipes de Saúde da Família, principalmente nas reuniões de matrículamento. Também relatam forte participação nas atividades de grupos desenvolvidas pela equipe NASF.

“Eu fico exclusivamente na técnica pedagógica. Então é mais nessas atividades coletivas, grupos, educação permanente, discussão de direito à

saúde, de participação social, cidadania... Tento levar temas que a gente tem mais autonomia de falar, como o conceito ampliado de saúde." (S3)

"(...) Planejamento de atividades; reunião; o planejamento para a organização do processo de trabalho. Também atuo tanto na participação, quanto à condução de grupos, grupos de diversos núcleos de saberes (...) E quando o sanitarista vai, ele leva temáticas interdisciplinares, seja de direito à saúde, seja do conceito ampliado de saúde, reuniões de apoio matricial e muita educação permanente." (S2)

"A atividade de núcleo do sanitarista é vigilância sanitária, vigilância em saúde geral, a análise de indicadores e tudo mais. A gente tem algumas atividades de campo, por exemplo, conhecimento da questão do direito, acolhimento, é uma tecnologia leve, desenvolvimento de genograma, projeto terapêutico singular que é uma atividade de campo, o planejamento em si, é uma atividade em campo também. Só que o sanitarista por estudar mais o planejamento, ele tem uma diferenciação nas atividades de planejamento, então, por exemplo, instrumentalizar as equipes, a minha equipe e a estratégia de saúde da família, de como ele pode desempenhar um planejamento mais efetivo das suas ações, isso aí é um apoio matricial, porque eu estou ampliando o conhecimento dele em uma atividade que é do meu núcleo de conhecimento." (S4)

As ferramentas propostas pelo MS ao Nasf, quando utilizadas efetivamente no dia a dia dos profissionais causam grandes avanços na resolutividade dentro do território. Dentre as ferramentas, destacamos algumas que foram mais apontadas nas práticas dos residentes, que são: discussão de casos; grupos educativos; ações de promoção e prevenção; atendimento domiciliar; construção de projeto terapêutico singular (PTS); educação permanente e a reunião de equipe<sup>8</sup>.

Voltolini *et al* (2019)<sup>17</sup> traz em seu estudo que as reuniões de equipe são consideradas como dispositivos para o planejamento e organização das ações, contando com a participação de diversos profissionais que juntos conseguem sanar dúvidas e trabalhar de forma multiprofissional, buscando a integralidade das ações e decisões mais assertivas para o cuidado dos usuários.

Em um estudo sobre as atividades mais realizadas no Nasf de São Paulo, Gonçalves (2015)<sup>18</sup> relata que as reuniões são consideradas uma das atividades

mais executadas na carga horária dos profissionais da equipe, como também o desenvolvimento de atividades coletivas, reforçando ainda mais a essência interprofissional do NASF. Segundo Lira (2017)<sup>19</sup>, as ações dentro do apoio matricial implicam diretamente no processo de mudanças nas práticas dos profissionais, com destaque das ações de educação permanente realizadas a partir das reuniões de equipe.

Uma das atividades mais demandadas para os sanitaristas na AB/Nasf tem sido as que contemplam as ações de educação permanente. Importante salientar que a participação dos sanitaristas nas atividades técnico-pedagógicas corrobora para ampliação da atuação do NASF para além de uma perspectiva predominantemente clínica. Uma vez, que a inserção desse profissional possibilita o debate e reflexão sobre temas relacionados a organização do processo de trabalho, planejamento, integralidade do cuidado, direito a saúde e o papel da atenção básica na vigilância a saúde. Esses temas são pouco comuns na formação e experiência dos profissionais de outras categorias, sua inserção corrobora com a ampliação da visão da equipe sobre o processo saúde doença e construção do cuidado.

De acordo com Medeiros (2018)<sup>20</sup>, a vigilância em saúde é uma das ferramentas utilizadas desde a graduação pelos sanitaristas. A qual, deixa esses profissionais capacitados para colaborarem na reorganização do processo de trabalho, visando a integralidade das ações através de seu potencial vigilante e dando enfoque no processo do cuidado longitudinal dentro do território.

### *Atividades Clínico assistenciais*

Klein e Oliveira (2017)<sup>21</sup> apontam que os profissionais do Nasf realizam muita assistência específica em seu tempo de trabalho, mesmo não sendo uma das suas prioridades.

É importante destacar que mesmo realizando práticas assistenciais dentro da AB, essas atividades são orientadas para acontecerem em casos mais complexos junto a EqSF, sendo uma dificuldade que os profissionais do Nasf enfrentam, dessa compreensão verticalizada. Podendo dispor como estratégia de superação o

aumento da educação permanente, com o objetivo da obtenção de maior clareza a visão dos profissionais sobre as atribuições que devem ser realizadas pelo Nasf<sup>22</sup>.

Mesmo atuando dentro dessa dimensão de forma menos frequente aos demais profissionais, alguns sanitaristas relataram participação em atividades dentro do campo clínico assistencial nos seus territórios, como participação nas visitas domiciliares tanto compartilhadas com outros profissionais, como também individuais, voltado para o diagnóstico da situação de saúde da família/indivíduo, além de práticas integrativas com os usuários.

“Eu já fiz visita domiciliar e acredito que a gente enquanto Sanitarista possa fazer visita voltada para o diagnóstico da situação de saúde daquela família no geral, sabe? Para entender o contexto que ela está passando, se o problema dela não for clínico, mas se tem uma demanda social de uma família, a gente enquanto sanitarista está apto.” (S1)

“Práticas integrativas (...) por exemplo, a partir da auriculoterapia comecei a fazer a escuta qualificada, comecei a dar uma orientação mais individual. E aí, a partir das aulas da residência comecei a perceber que muita gente fala que não temos clínica, mas aí percebi que a saúde coletiva também existe uma clínica. É uma clínica onde a gente pode fazer atendimento individual e atendimento domiciliar, e foi a partir daí que eu comecei também ampliar minha visão e conseguir trabalhar a forma de atendimento individual, por exemplo.” (S7)

O profissional sanitarista toma como foco o “indivíduo coletivo”, podendo agir em atividades educativas que venham com o objetivo de reduzir os agravos no território, podendo ele também atender a questões individuais dependendo da situação<sup>23</sup>.

O profissional sanitarista não trabalha com foco nas demandas da clínica assistencial. Belisário (1995)<sup>24</sup> relata que o trabalho do sanitarista visa em sua maioria as ações coletivas e não individuais. Porém, como citado no decorrer do estudo, esse ator trabalha de forma multidisciplinar, a qual de acordo com os achados podem realizar ações que integrem os atendimentos individuais, sendo este um campo de descobertas para essa ocupação.

Esses atendimentos individuais como descritos pelos residentes, acontecem como uma forma de conhecer e analisar as necessidades de um determinado

usuário, resultando, na maioria das vezes, em uma orientação educativa-preventiva e direcionamento dentro do Sistema de Saúde.

As ações clínico assistenciais realizadas pelos sanitaristas podem ser baseadas nas práticas de promoção da saúde, acarretando uma aproximação desse profissional com a população. Medeiros (2018)<sup>25</sup> enfatiza em seu estudo uma ampliação nos campos de trabalhos do sanitarista, relatando que alguns cursos de Saúde Coletiva já discutem e preparam seus alunos para abordarem também atividades que o façam dispor de uma visão analítica, através de recursos de uma escuta que operam as necessidades dos indivíduos/grupos de acordo com suas singularidades e subjetividades para maior efetivação do cuidado integral dos usuários dentro dos serviços, usando técnicas não medicamentosas mas sim relacionada a uma clínica ampliada através do contexto analisado.

Dessa maneira, observa-se que além da ampliação do campo de trabalho deste profissional, o mesmo também vem ampliando suas ferramentas e saberes dentro de sua atuação, buscando sempre trabalhar de acordo com as reais necessidades dos indivíduos de forma compartilhada e ampliada dentro de suas possibilidades e atribuições.

#### *Atividades de apoio institucional*

Alguns estudos propõem outras dimensões para o apoio matricial, além da técnico-pedagógica e assistencial. O chamado "apoio institucional", foi identificado na atuação do sanitarista na equipe NASF, através de atividades de articulação de rede e busca pela efetivação do cuidado, e fortalecimento do planejamento, monitoramento e avaliação. Como também, realizam análises epidemiológicas com foco na descrição do território<sup>19-26</sup>.

"Em algum momento vou a secretaria de saúde articular alguma atividade, pegar algum material ou saber como encaminhar... De como articular à rede." (S5)

Colaboro no planejamento, nesse processo de trabalho, monitoramento e avaliação... Então qual o profissional que tá sendo mais solicitado? Está sendo mais solicitado por quê? Ver qual unidade está sendo mais solicitada,

calculando taxa de absenteísmo... Ajudar nesse processo de organização.” (S3)

“A gente vai fazer levantamento de dados, transformar em informações e a partir dessas informações vai trazer o apoio matricial. Isso é feito também através de um planejamento... A questão da avaliação, do monitoramento, tudo que foi implementado na unidade tem que ter certa avaliação.” (S6)

Campos *et. al.* (2014)<sup>27</sup> diz que o apoio institucional é um recurso metodológico diretamente ligado com a gestão, a qual pode ser executado pelo gestor ou um determinado profissional que será atribuído a característica de “apoiador institucional”, complementando ações de planificação, análise, monitoramento, dentre outras características conferidas a uma cogestão dentro de determinada extensão.

Sendo o sanitarista um ator que possui uma grande potência para agir dentro dessa responsabilidade a partir do seu núcleo específico de saber, em que o mesmo já se encontra apto para trabalhar com questões relacionadas a articulação, monitoramento, avaliação e dentre outras ferramentas que já são trabalhadas dentro de sua própria formação.

Esse profissional pode colaborar na qualidade dos serviços ofertados pelo Nasf e consequentemente trazendo um melhor desempenho nos serviços ofertados pela EqSF dentro da AB.

Casanova (2014)<sup>26</sup> aponta uma experiência da implementação desse apoio institucional no NASF do estado do Rio de Janeiro, na qual a execução do mesmo se configurou através de espaços coletivos com os matriciadores e os apoiadores institucionais, discutindo-se questões de processo de trabalho junto a equipes de referência sobre: elaboração de relatórios de acompanhamento e avaliação; ferramentas de apoio; dentre outros. Possuindo como resultados mudanças no modelo de gestão, através de uma gestão mais horizontal e compartilhada que possibilitou a ampliação da autonomia e responsabilização dos trabalhadores da equipe.

No entanto, há estudos que mencionam algumas dificuldades na implementação desse apoio institucional. Moura (2014)<sup>28</sup> traz em seus achados, que esse arranjo organizacional pode prejudicar as ações do apoio matricial, por atrasar algumas prioridades do trabalho do NASF, em especial as ações do matrículamento.

Trazendo indagações de uma possível sobrecarga de trabalho desses profissionais e/ou o aumento de funções que não constam nas diretrizes e portarias do NASF-AB.

*Dificuldades encontradas na atuação dos Sanitaristas dentro da Equipe NASF*

Um dos problemas relatados com mais frequência pelos participantes dessa pesquisa, foi o pouco conhecimento sobre a profissão do sanitarista e o seu papel dentro da atenção básica, por parte dos demais profissionais, da gestão e dos usuários.

“Quando eu entrei no NASF, eu entrei com muita angústia pelo processo de não reconhecimento, eu acho que os profissionais eles não sabiam muito o papel do sanitarista e não me sentia pertencente aquele local. Eu estava muito angustiada e agora estou mais como um desafio, porque eu também não sei do processo do trabalho dos outros profissionais.” (S3)

“Muitas pessoas dizem: Tem uma graduação em saúde coletiva é? Eu nem conhecia. Então a dificuldade é tipo, o reconhecimento dos próprios profissionais.” (S8)

“Outra dificuldade é os usuários, tem gente que tem vergonha de perguntar. Porque eu falo, né? Meu nome e digo que sou sanitarista e eles têm muita vergonha de perguntar, o que é o sanitarista? (...) Porque as coisas na Saúde ainda são centradas no médico, enfermeiro e no dentista.” (S7)

“Não sei se a gestão consegue valorizar também a potencialidade do profissional sanitarista, assim, o quanto é potente, ainda tá perdida a gestão nesse sentido, de tipo o sanitarista é isso, até de reafirmar isso, eu acredito que uma das estratégias seria reafirmar isso até nas reuniões gerais do Nasf.” (S2)

Essa pouco conhecimento sobre o sanitarista na atenção básica configura-se como uma limitação para execução das propostas desse profissional, devido suas práticas na atenção básica necessitarem da participação e colaboração dos demais profissionais.

Por se tratar de uma nova graduação, os egressos do curso de saúde coletiva ainda enfrentam diversas dificuldades relacionadas a sua inserção no mercado de trabalho. Lorena *et al* (2016)<sup>29</sup> relata a pouca flexibilidade dos serviços de saúde em

abarcarem esse novo profissional devido a existência de alguns conflitos de interesses dentro dos territórios.

A necessidade de se fazerem conhecidos, demonstrando seus valores, atribuições e possibilidades de atuação, são questões trazidas pelos egressos de saúde coletiva de acordo com os estudos de Silva *et al* (2018) em que os mesmo realizam atividades de divulgação como estratégia para alcançarem maior visibilidade dentro do mundo do trabalho<sup>30</sup>.

Outro problema relatado foi o fato da maioria dos profissionais terem sua formação muito voltada para a clínica e ações curativas. Isso também é identificado como uma das dificuldades que o sanitarista enfrenta no cotidiano para execução e efetivação de suas propostas.

“(...) uma limitação que a gente tem, por exemplo, é que os profissionais não são formados para o NASF, são formados para a assistência em si, né? E aí, como a gente trabalha com várias categorias profissionais eles querem desenvolver o assistencialismo/consulta, mas nem sempre essa é a postura que o NASF deveria tá assumindo, é uma das dimensões, mas que ela não deve se sobrepor a dimensão pedagógica, por exemplo, dimensão institucional do NASF.” (S4)

“(...) as outras profissões de saúde são muito voltadas para assistência e o sanitarista não é voltado tanto para assistência, em fazer consulta com o paciente, (...) A gente não foi formado para isso.” (S8)

Fertonani *et al* (2015)<sup>31</sup> relata as dificuldades enfrentadas para a desfragmentação desse modelo biomédico dentro da área da saúde. Na qual, esse modelo hegemônico sofre influências há anos de fatores macro e microssociais. Desde questões da sociedade até os conhecimentos acumulados da própria ciência e a busca para a efetivação de um modelo assistencial que trabalhe em cima dos princípios do SUS são desafios para os serviços de saúde, gestores e em especial os seus profissionais.

O NASF enfrenta desafios no que se refere a superação do modelo fragmentado de atendimentos individuais, tendo em vista que esse não é o principal objetivo do mesmo, sendo uma questão que gera polêmica em algumas discussões dentro da atuação dessas equipes<sup>32</sup>.

O atendimento direto e individual realizado pelo NASF devem ocorrer em casos mais complexos<sup>33</sup>. Essa prerrogativa estabelecida pelo MS para o trabalho do Nasf vai ao encontro das evidências desse estudo quanto a percepção dos sanitaristas sobre a necessidade de mudança do modelo clínico assistencial fortemente utilizado pelos profissionais da equipe.

O profissional sanitarista trabalha com amplas ferramentas dentro de sua atuação, porém, de acordo com os resultados do estudo, devido essa ocupação estar iniciando dentro da equipe NASF, esses profissionais têm enfrentado dificuldades relacionadas a falta de definição das suas atribuições na AB.

“Porque a gente não tem material, por exemplo, consolidado como os outros profissionais.” (S5)

“Como a gente vem de uma nova graduação, querendo ou não o sanitarista na atenção básica é uma novidade, então, não têm atribuições definidas.” (S6)

Isso configura um desafio para esses profissionais que estão dando início a esse trabalho nessa dimensão. Atuando assim como os primeiros a desvendarem o leque de possíveis atividades a serem realizadas na equipe.

#### *Contribuições na atuação do Sanitarista no NASF*

Constata-se que esse profissional traz grandes contribuições para o aprimoramento e fortalecimento da atenção básica nos territórios, em que a visão multiprofissional ou/e a formação ampliada do Sanitarista traz a facilidade de trabalhar questões diversas e interdisciplinares demandadas pelo local.

“O pessoal fala que a gente mediava alguns conflitos, como a gente é formado na saúde coletiva acaba vendo um pouquinho de tudo, a gente já é muito multiprofissional e consegue conversar com todas as áreas.” (S1).

“Eu acho que a atenção básica ela trabalha muito com o conceito de território né, e eu acho que a gente trabalha muito isso, diferente das outras graduações, dos outros profissionais que estão inseridos lá. Eles veem muito do indivíduo e a gente na graduação estuda muito a epidemiologia que é o estudo das populações (...). Então, não fazer que o NASF seja

ambulatório, talvez a gente tenha essa potencialidade e isso pode contribuir para o fortalecimento da atenção básica, esse olhar, essa visão ampliada que a gente tem.” (S3).

“O sanitarista no território ele tem um olhar mais ampliado em relação aos determinantes e condicionantes da saúde, no que isso pode impactar na saúde do indivíduo, eu acho que isso é uma coisa rica da nossa formação.” (S8).

Esse profissional traz diversos atributos por vir de uma formação que abrange a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, sendo parte de sua essência essa visão ampliada das questões sociais e políticas, visando as transformações dos territórios e colaborando na articulação da rede<sup>34</sup>.

O sanitarista traz em sua formação a dimensão do cuidado em saúde de forma interdisciplinar e intersetorial, sendo um profissional habilitado para estar em ambientes diversificados dentro da atenção à saúde<sup>35</sup>. Outra facilidade citada para atuação do sanitarista na AB está relacionada a sua capacidade para análise de conjuntura e de processo de trabalho.

“A atenção básica ela tem o déficit na análise do que tá acontecendo ali, se a gente consegue visualizar, se aquele serviço realmente tá tendo resultado, se os indicadores epidemiológicos estão realmente bons, sabe? A gente tem como criar estratégias de melhorar aquelas atividades.” (S1)

“Eu conduzo muito bem a reunião de matriciamento, articulo a equipe na resolução de conflitos também, estimulando o trabalho em equipe(...). Também é uma ferramenta e potencialidade a análise da conjuntura desse processo de trabalho, então, desde que eu entrei no NASF, eu sempre vislumbro algumas coisas que a gente poderia modificar no processo de trabalho no NASF.” (S4)

Teixeira (2003)<sup>9</sup> descreve que o profissional sanitarista é formado para atuar em diversos cenários dentro do sistema de saúde. Onde o mesmo encontra-se preparado para desempenhar atividades a partir de análise de situação de saúde, intervenção e avaliação de ações de promoção da saúde, planejamento em saúde, dentre outras. Potencializando assim nossos achados dentro do estudo e da prática desse profissional no âmbito da Atenção Básica e em especial nas ações do Nasf.

Na qual, contribuirá para a efetivação de ações, trazendo questões que resgatem as atribuições do NASF, no que se refere a uma equipe de apoio as Unidades Básicas de Saúde dentro das dimensões do apoio matricial.

### *Sugestões para fortalecimento da atuação do sanitarista no Nasf*

Algumas questões foram sugeridas pelos participantes do estudo, enquanto protagonistas desse processo de construção da atuação do sanitarista na AB. Eles relataram possibilidades de mudanças que acreditam ser positivas para o aprimoramento desse profissional e da qualidade do serviço da equipe dentro da atenção básica.

Um sugestão apontada está relacionada a lacuna de evidências sobre a atuação desse profissional nesse nível assistencial. Assim, o “registro das experiências no serviço” foi relatado como uma das estratégias para divulgação e fortalecimento do papel do sanitarista na AB/NASF.

“Se a gente não registrar vai continuar se perdendo, vai entrar outros residentes que também vão ficar assim perdidos “o que a gente vai fazer aqui?” então essa é a importância de registrar.” (S3)

A “definição das atribuições” também foi uma das questões trazidas pelos profissionais, encaixando-se como uma das importantes sugestões para efetivação do trabalho deste na equipe.

“É a gente definir as atribuições. (...) Acho que definir o que se realmente quer, (...) o que o sanitarista vai fazer na atenção básica?” (S6)

“Deveria ter um norte de como a gente se guiar, como as outras profissões têm. No NASF você faz isso! A gente não tem, eu acho que a necessidade é ter um documento que especifique sobre as atribuições que a gente possa dizer: Olha, O sanitarista faz isso, isso, aquilo... E entregar ao profissional.” (S8)

O profissional ao mesmo tempo em que enxerga algumas necessidades de mudanças e/ou de fortalecimentos para sua área de atuação, busca contribuir

diretamente no desenvolvimentos dos avanços desejados com ferramentas que estão ao seu alcance, estando ciente que cada passo alcançado significa mais uma conquista.

## **Considerações finais**

De acordo com os resultados do estudo, as ferramentas e contribuições trazidas pelo profissional sanitarista vem colaborando para a organização das equipes, resultando em uma melhoria no planejamento e direcionamento das ações, tendo em vista que estão sendo organizadas a partir do diagnóstico das necessidades do território.

A visão ampliada e a essência multiprofissional característicos da formação do sanitarista ajuda na superação desse modelo fragmentado e biomédico que impedem maiores avanços para efetivação da integralidade da assistência no SUS.

Vale destacar a grande contribuição que esse profissional traz nas dimensões técnico-pedagógicas e institucionais, possuindo estratégias que venham aprimorar as ações ofertadas no território e fortificar o trabalho da AB através da busca de uma consolidação de princípios enfatizados nas diretrizes do SUS. Havendo estudos que apontam a necessidade de mudanças para o atual funcionamento desses serviços, tendo em vista que a assistência de maior qualidade são questões essenciais nesse cenário.

Todavia, muitos são os desafios enfrentados por essa profissão para a efetivação de suas atribuições no NASF. Questões relatadas pelos mesmos como a falta de conhecimento de sua atuação são grandes dificuldades enfrentadas na efetivação de suas ações, limitando sua própria autonomia dentro do serviço, visto que este profissional necessita da participação dos demais na execução de grande parte das suas intervenções.

Estudos como este são importantes para maior divulgação e conhecimento do trabalho desse profissional na equipe do NASF-AB onde suas competências ainda estão sendo construídas pelos próprios profissionais e onde já se evidencia a sua contribuição para o fortalecimento de uma atenção básica ampla e resolutiva.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília DF: Senado, 1988.
2. Morosini MVGC, Fonseca AF, LIMA LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n. 116, p.11-24, jan. 2018.
3. Mendes EV. **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. CONASS, Brasília, 2015.
4. Brasil. Secretaria de Atenção à saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. 2011c. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA GM Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)
9. Teixeira CF. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. **Comunic, Saúde, Educ**, Bahia, v. 7, n. 13, p.163-6, ago 2003.
10. Cesar DM, Ricalde IG, Santos L, Rocha CMF. O bacharel em saúde coletiva e o mundo do trabalho: uma análise sobre editais para concursos públicos no âmbito do sistema único de saúde. **Saúde em Redes**, [s.l.], v. 1, n. 04, p.65-73, dez. 2015.
11. Catellanos MEP, Fagundes TLQ, Nunes TCM, Gil CRR, Pinto ICM, Belisário AS, Viana SV, Correa GT, Aguiar RAT. Estudantes de graduação em saúde coletiva – perfil sociodemográfico e motivações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Bahia, 18(6):1657-1666, 2013
12. Lakatos EM, Marconi MA. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo, SP: 5. ed. Atlas, 2003.
13. Bardin L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2009.
14. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.17, nº3, Rio de Janeiro, Mar. 2012.

15. Pena RS. **O apoio matricial na Atenção Básica: por onde ele passa?** In: SEMINÁRIO NACIONAL DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO, Brasília, 2009.
16. Lira AC. **NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): UMA AVALIAÇÃO DA RESOLUTIVIDADE.** 2017. 100 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2017.
17. Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T, Pedebôs LA, Andrade V. Reuniões da estratégia saúde da família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2019.
18. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznelwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 40 (131): 59-74, 2015.
19. Lira AC. **NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): UMA AVALIAÇÃO DA RESOLUTIVIDADE.** 2017. 100 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2017.
20. Medeiros RHA. O ensino de promoção e educação em saúde para sanitarista. **Interface, Comunic, Saúde, Educ.** Porto Alegre, RS, 22(65):609-19, 2018.
21. Klein AP, Oliveira AFPL. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, 33(1):e00158815, 2017.
22. Bispo júnior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2017.
23. Braga LA. Informação ocupacional sanitarista. **Editora Arq. bras. Psic. Apl.**, Rio de Janeiro, p. 105-111, 21 (2):105-111, 1969.
24. Belisário SA. As múltiplas faces do médico-sanitarista. In: MACHADO, M.H., org. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, p. 133-148. ISBN: 978-85-7541-607-5.
25. Medeiros RHA. O ensino de promoção e educação em saúde para sanitarista. **Interface, Comunic, Saúde, Educ.** Porto Alegre, RS, 22(65):609-19, 2018.
26. Casanova AO, Teixeira MB, Montenegro E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19(11):4417-4426, 2014.
27. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu), Comunic, Saúde, Educ.** Campinas, 2014.
28. Moura RH, Luzio CA. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes.

- Interface (Botucatu), comunicação, saúde, educação**, Maringá, v.18, supl.1, p. 957-970, 2014.
29. Lorena AG, Santos L, Rocha CF, Lima MSS, Pino MR, Akerman M. Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação?. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.25, n.2, p.369-380, 2016.
  30. Silva VO, Pinto ICM, Teixeira CFS. Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 799-808, out-dez, 2018.
  31. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20(6):1869-1878, 2015.
  32. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 328-340, set. 2018.
  33. Brasil. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. 2011c. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
  34. Silva VO, Pinto ICM. Identidade do sanitarista no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva. **Interface, Comunic, Saúde, Educ.** Salvador, BA, 22(65):539-50, 2018.
  35. Silva CP. **A contribuição e o papel do sanitarista no programa saúde na escola sob a perspectiva dos graduandos de saúde coletiva**. Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, Ceilândia/DF, P. 32-42, 2015.

## 5 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados do estudo, as ferramentas e contribuições trazidas pelo profissional sanitarista vem colaborando para a organização das equipes, resultando em uma melhoria no planejamento e direcionamento das ações, tendo em vista que estão sendo organizadas a partir do diagnóstico das necessidades do território.

A visão ampliada e a essência multiprofissional característicos da formação do sanitarista ajuda na superação desse modelo fragmentado e biomédico que impedem maiores avanços para efetivação da integralidade da assistência no SUS.

Vale destacar a grande contribuição que esse profissional traz nas dimensões técnico-pedagógicas e institucionais, possuindo estratégias que venham aprimorar as ações ofertadas no território e fortificar o trabalho da AB através da busca de uma consolidação de princípios enfatizados nas diretrizes do SUS. Havendo estudos que apontam a necessidade de mudanças para o atual funcionamento desses serviços, tendo em vista que a assistência de maior qualidade são questões essenciais nesse cenário.

Todavia, muitos são os desafios enfrentados por essa profissão para a efetivação de suas atribuições no NASF. Questões relatadas pelos mesmos como a falta de conhecimento de sua atuação são grandes dificuldades enfrentadas na efetivação de suas ações, limitando sua própria autonomia dentro do serviço, visto que este profissional necessita da participação dos demais na execução de grande parte das suas intervenções.

Estudos como este são importantes para maior divulgação e conhecimento do trabalho desse profissional na equipe do NASF-AB onde suas competências ainda estão sendo construídas pelos próprios profissionais e onde já se evidencia a sua contribuição para o fortalecimento de uma atenção básica ampla e resolutiva.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, A. C. C.; ARAÚJO, M. R. N. **Legislação Básica/ Saúde da Família.** Montes Claros: Unimontes, 2004. 15p.
- ANJOS, K. F.; MEIRA, S. S.; FERRAZ, C. E. O.; VILELA, A. B. A.; BOERY, R. N. S. O.; SENA, E. L. S. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, out./dez. 2013.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2009.
- BELISÁRIO, S. A. As múltiplas faces do médico-sanitarista. In: MACHADO, M.H., org. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, p. 133-148. ISBN: 978-85-7541-607-5. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/t4ksj/epub/machado-9788575416075.epub>. Acesso em: 03 Nov. 2019.
- BEZERRA, A. P. S. et al. Formação Profissional em Saúde Coletiva: quem são os novos sanitaristas e qual seu papel? **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 3, p. 57-62, 2013.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, e00108116, 2017.
- BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 2029-2038, 2010.
- BRAGA, L. A. Informação ocupacional sanitarista. **Editora Arq. bras. Psic. Apl.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 105-111, 1969.
- BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** 2011c. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html). Acesso em: 27 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab39>. Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, [ca. 2016]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>. Acesso em: 28 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações e programas da Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013/2018c. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia>>. Acesso em: 27 set. 2018.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014 .

CASANOVA, A. O.; TEIXEIRA, M. B.; MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4417-4426, 2014.

CATELLANOS, M. E. P. *et al.* Estudantes de graduação em saúde coletiva – perfil sociodemográfico e motivações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1657-1666, 2013

- CEZAR, Diego Menger et al. O bacharel em saúde coletiva e o mundo do trabalho: uma análise sobre editais para concursos públicos no âmbito do sistema único de saúde. **Saúde em Redes**, [S.I.], v. 1, n. 04, p.65-73, dez. 2015.
- CORREIA, P. C. J.; GOULART, P. M.; FURTADO, J. P. A avaliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 345-359, mar. 2017.
- FERTONANI H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.
- GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 20-29 maio/jun., 1995.
- GONÇALVES, R. M. A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.
- INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS. Programa Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 03, p. 316-19, jun. 2000.
- KLEIN, A. P.; OLIVEIRA, A. F. P. L. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n.1, p. e00158815, 2017.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2003.
- LIRA, A. C. **Núcleo de apoio à saúde da família (NASF): uma avaliação da resolutividade**. 2017. 100 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.
- LORENA, A. G. et al. Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação?. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.25, n.2, p.369-380, 2016.
- MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.327-338, fev. 2016.
- MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção primária à saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 29 set. 2018.
- MEDEIROS, R. H. A. O ensino de promoção e educação em saúde para sanitária. **Interface, Comunic, Saúde, Educ.** Porto Alegre, RS, v. 22, n. 65, p. 609-19, 2018.
- MELO, E. A.; MIRANDA, L.; SILVA, A. M.; LIMEIRA, R. M. N. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 328-340, set. 2018.
- MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface (Botucatu), comunicação, saúde, educação**, Maringá, v.18, supl.1, p. 957-970, 2014.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p.11-24, jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, 1978. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

PAIM, J. P. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 21, n. 1, p.15-36, mar. 2014.

PENA, R.S. O apoio matricial na Atenção Básica: por onde ele passa? In: SEMINÁRIO NACIONAL DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO, Brasília, 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. 2017. 308 f. Dissertação (Mestrado em Medicina)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SILVA, C. P. **A contribuição e o papel do sanitarista no programa saúde na escola sob a perspectiva dos graduandos de saúde coletiva**. 2015. 53 f. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Ceilândia/DF, 2015.

SILVA, V. O.; PINTO, I. C. M. Identidade do sanitarista no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva. **Interface, Comunic, Saúde, Educ.** Salvador, BA, v. 22, n. 65, p. 539-50, 2018.

SILVA, V. O.; PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. S. Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva. **Saúde Debate** , Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 799-808, out-dez, 2018.

SOUZA, F. O. S. **Núcleo de apoio à saúde da família: Uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado**. 2016. 155 f. Tese

(Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

**STAKE.R.E. Pesquisa Qualitativa:** Estudando como as coisas Funcional. Porto Alegre: Penso, 2010.

TEIXEIRA, C. F. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. **Comunic, Saúde, Educ**, Bahia, v. 7, n. 13, p.163-6, ago 2003.

VOLTOLINI, B.C. *et al.* Reuniões da estratégia saúde da família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, n. 28, p. e20170477, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477> Acesso em: 10 nov. 2019.

## APÊNDICE A- ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

Identificação:

Nome:

Idade: Sexo:

Ano e instituição onde se graduou:

1. Por que escolheu a graduação em saúde coletiva?
2. Porque escolheu fazer esse programa de residência?
3. Em que setores você desenvolve suas atividades na residência?
4. Quais atividades você tem desenvolvido no campo de práticas da residência?
5. Quais instrumentos são utilizados para a sua atuação dentro da AB?
6. Quais são as dificuldades e potencialidades da sua atuação no NASF-AB?
7. Há alguma necessidade de mudança no atual modo de trabalho do Sanitarista onde você atua? Se sim, qual(is)?
8. Na sua opinião, qual a contribuição desse profissional para o fortalecimento da Atenção Básica?
9. Qual o papel do Sanitarista na implementação do Apoio Matricial na atenção básica?

## **ANEXO A -INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES**

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

*Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

### **Orientações para organização de números temáticos**

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### **Seções da publicação**

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

**Observação:** O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

#### **Apresentação de manuscritos**

##### **Não há taxas e encargos da submissão**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo

12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação.

Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/ MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para

validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

## Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

## Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

## Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores- chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos árabicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

## **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

## Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” <sup>11</sup> (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza <sup>4</sup>, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do

número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação. Exemplos de como citar referências.

### Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira- Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

**Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8<sup>a</sup> ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

11. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. *Recent advances in clinical neurophysiology*.

*Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*;

1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo.

In:

*Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001*

[tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

**Outros trabalhos publicados**

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

**Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med.* In press 1996. Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol.* No prelo 2004.

**Material eletrônico**

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet].1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2<sup>a</sup> ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de Computador

*Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics* [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.