



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

FRANCIELE BEZERRA SOUSA DA SILVA

**PERCEPÇÃO DOS SANITARISTAS RESIDENTES QUANTO À FORMAÇÃO
ACADÊMICA PARA ATUAR EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA
ATENÇÃO BÁSICA**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

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

FRANCIELE BEZERRA SOUSA DA SILVA

**PERCEPÇÃO DOS SANITARISTAS RESIDENTES QUANTO À FORMAÇÃO
ACADÊMICA PARA ATUAR EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO
BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso orientado pela Professora Fabiana de Oliveira Silva Sousa e coorientado pela Professora Jorgiana Oliveira Mangueira, como Trabalho de Conclusão do Curso, para conclusão do curso de bacharelado em saúde coletiva no Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2021

Catalogação na Fonte
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB4/2018

<p>S586p Silva, Franciele Bezerra Sousa da Percepção dos sanitaristas residentes quanto à formação acadêmica para atuar em equipes multiprofissionais na atenção básica / Franciele Bezerra Sousa da Silva. - Vitória de Santo Antão, 2021. 34 folhas.</p> <p>Orientadora: Fabiana de Oliveira Silva Sousa. TCC (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2021. Inclui referências.</p> <p>1. Atenção Primária à Saúde. 2. Pessoal de Saúde. 3. Saúde coletiva - formação profissional. I. Sousa, Fabiana de Oliveira Silva (Orientadora). II. Título.</p> <p>362.1 CDD (23.ed.)</p>	BIBCAV/UFPE - 058/2021
--	------------------------

FRANCIELE BEZERRA SOUSA DA SILVA

**PERCEPÇÃO DOS SANITARISTAS RESIDENTES QUANTO À FORMAÇÃO
ACADÊMICA PARA ATUAR EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO
BÁSICA**

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

Aprovado em: 27/04/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Fabiana de Oliveira Silva Sousa (Orientadora Titular 1)

Universidade Federal de Pernambuco/CAV

Prof.^a Mestra Lívia Milena Barbosa de Deus e Méllo (Examinadora Titular 2)

Universidade Federal de Pernambuco/ CAV

Prof.^a Dara Andrade Felipe (Examinadora Titular 3)

Secretaria Estadual de Saúde SES/PE

Prof.^a Dr.^a Petra Oliveira Duarte (Suplente)

Universidade Federal de Pernambuco/ CAV

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, pois, diante de tantas dificuldades consegui chegar até a conclusão do meu TCC.

Não tenho palavras suficiente para agradecer toda a paciência e empenho da minha orientadora Fabiana de Oliveira Silva Sousa, foi peça fundamental para meu desempenho.

A Universidade, todo corpo docente, que possibilitaram o meu aprendizado durante toda a graduação.

Ao filho que estou gerando em meu ventre, que me deu forças para prosseguir e poder concluir essa fase da minha vida.

Aos meus pais Sonia Sousa e Lucas Rodrigues que sempre estiveram ao meu lado me apoiando ao longo de toda a minha trajetória.

A meu esposo Janderson Bezerra pela compreensão e paciência demonstrada durante o período do projeto e por todas as palavras de incentivo.

As minhas irmãs Emelly e Fabiana, sobrinhos Adrielly e Wesllem e todos os familiares pela amizade e dedicação quando sempre precisei.

As minhas amigas, Andreza, Eloyze, Gabrielly, Jadiely e Juliana que acreditaram no meu potencial.

Aos presentes que a universidade me deu, Elizangela, Mariana e Martina, que sempre estiveram comigo durante a graduação.

A todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte do meu percurso, eu agradeço com todo meu coração.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos sanitaristas residentes, quanto à formação acadêmica para atuar em equipes multiprofissionais na Atenção Básica (AB). A escolha do tema tem grande relevância para acadêmicos da área, pois, apesar de existirem várias discussões sobre essa nova graduação em saúde coletiva, ainda existe uma escassez de material publicado sobre a atuação desses egressos nas equipes multiprofissionais da AB. Foi realizado um estudo de natureza qualitativa com sanitaristas residentes que atuam na AB no estado de Pernambuco, no período de janeiro a abril de 2021. A pesquisa foi realizada através da exploração do banco de dados de entrevistas realizadas com residentes sanitaristas em uma pesquisa anterior intitulada: “A inserção do profissional sanitarista no núcleo ampliado de saúde da família: perspectivas e desafios na atenção primária à saúde. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin para analisar os dados que foram organizados em quatro categorias analíticas: competências necessárias para o sanitarista atuar na atenção básica; conteúdos e estratégias da graduação em saúde coletiva que oferecem subsídio para atuação na atenção básica; fragilidades e potencialidades da graduação quanto à formação para atuar na atenção básica; sugestões para melhorar a graduação. Verifica-se que a graduação foi um avanço e possibilitou um conhecimento amplo com relação aos determinantes e condicionantes da saúde, análise de território e processo saúde-doença. As disciplinas, estágios e projetos de extensão vivenciados na graduação dão base para atuação do sanitarista na AB, mas, se faz necessário revisar a matriz curricular do curso, para fortalecer a formação e melhor desenvolver atividades no âmbito da AB.

Palavras-chave: Atenção básica. Pessoal de saúde. Saúde coletiva.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the perception of resident health workers, regarding the academic training to work in multiprofessional teams in the Primary Care (PC). The choice of the topic has great relevance for academics in the area, because, although there are several discussions about this new graduation in collective health, there is still a shortage of published material on the performance of these graduates in the multiprofessional teams of PC. A qualitative study was carried out with resident sanitarians who work in PC in the state of Pernambuco, from January to April 2021. The research was carried out by exploring the database of interviews with sanitary residents in a previous research entitled: "The insertion of the sanitary professional in the extended family health nucleus: perspectives and challenges in primary health care. Bardin's content analysis technique was used to analyze the data, which were organized into four analytical categories: competencies necessary for the health worker to work in primary care; contents and strategies of undergraduate public health courses that provide support for performance in primary care; weaknesses and potentialities of undergraduate courses in terms of training to work in primary care; suggestions for improving graduation. It appears that the graduation was an advance and enabled a broad knowledge regarding the determinants and conditions of health, analysis of territory and the health-disease process. The disciplines, internships and extension projects experienced during graduation provide the basis for the health professional to perform in the PC, but it is necessary to revise the curriculum of the course, to strengthen the training and better develop activities within the scope of the PC.

Keywords: Primary care. Health personnel. Collective health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Justificativa.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Reorientação da formação em saúde e o surgimento da graduação em saúde coletiva.....	12
2.2 Formação dos Sanitaristas.....	14
2.3 Atenção Básica e as Residências Multiprofissionais como Estratégias para o Modelo de Reorientação.....	15
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo Geral.....	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4 METODOLOGIA	19
4.1 Tipo de estudo	19
4.2 Área e período do estudo	19
4.3 Sujeitos do estudo	19
4.4 Coleta dos dados	19
4.5 Análise dos dados.....	20
4.6 Considerações éticas	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5.1 Competências necessárias para atuação do sanitarista na atenção básica	21
5.2 Conteúdos e estratégias da graduação em saúde coletiva que oferecem subsídio para atuação dos sanitaristas na atenção básica.....	23
5.3 Fragilidades e potencialidades da graduação em saúde coletiva quanto ...	25
a formação profissional para atuar na atenção básica.....	25
5.4. Sugestões para fortalecer a formação do sanitarista para atuação na	26
atenção básica.....	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado em 2008 com a finalidade de aumentar a resolutividade e integralidade das ações das equipes de Saúde da Família (eSF) na rede de serviços à saúde. Esses núcleos caracterizam-se como equipes multiprofissionais que desempenham suas atividades de uma maneira integrada com as eSF, equipes de atenção básica para populações com necessidades específicas (consultório de rua, populações ribeirinhas e fluviais) e com o Programa de Academia da Saúde (BRASIL, 2008).

Atualmente, nos serviços de saúde ainda há predomínio do modelo médico-hegemônico para oferta de cuidado, onde se privilegiam os aspectos biológicos e oferecem uma assistência especializada, curativa e individual. O objetivo no NASF-AB é ultrapassar essa lógica centrada apenas na doença, através da corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, desenvolvendo ações com atendimentos compartilhados entre os diversos integrantes da equipe e projetos terapêuticos que analisam a singularidade dos indivíduos (ANJOS *et al.*, 2013).

Um dos desafios que o NASF-AB encontra atualmente é a persistência da visão fragmentada dos serviços de saúde pelos profissionais da área, tendo em vista a insuficiência nas formações e capacitações dos mesmos. Baseiam suas atividades na produção de procedimentos e consultas, buscando quantidade de ações ao invés de qualidade (ANJOS *et al.*, 2013).

O NASF-AB pode ser composto por diversos profissionais, dentre eles o sanitarista (BRASIL, 2014). Este é um profissional graduado na área de saúde pública ou coletiva ou ainda, pós-graduado em uma dessas áreas. A formação do sanitarista abrange um campo de saberes e práticas de caráter transdisciplinar, capacitando-o para intervir na saúde através de políticas e práticas relacionadas à promoção, prevenção e recuperação dos indivíduos (TEIXEIRA, 2013).

Desde a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), necessita-se de um profissional com este perfil que consiga perpassar o modelo biomédico e integrar-se com as ciências sociais, mudando o cuidado individualizado e priorizando um cuidado pensando mais no coletivo (BOSI; PAIM, 2010). Nesse sentido, o curso de saúde coletiva surgiu como uma demanda do setor em formar profissionais que estão focados em promover saúde, junto com os outros profissionais que

compõem a rede de atenção e gestão à saúde (TEIXEIRA, 2013). Em meados dos anos 90 iniciou-se uma discussão para implementação do curso de graduação em saúde coletiva que só passou a ser discutida de uma maneira mais sistemática nas universidades a partir de 2002 (BOSI; PAIM, 2010).

A Universidade de Pernambuco (UPE) e a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) iniciaram seus respectivos cursos de graduação em saúde coletiva no ano de 2013, enquanto o Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces- Unita) iniciou em 2014. Os cursos são estruturados para que seja possível conhecer e aprender a utilizar instrumentos e estratégias em todas as áreas de gestão dos sistemas e serviços de saúde, buscando promover saúde e qualidade de vida.

A atenção básica é um dos campos de prática para o profissional de saúde sanitarista, seja o profissional graduado na área de saúde, com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, seja o graduado diretamente em uma dessas áreas. Os sanitaristas podem atuar nos campos da promoção, prevenção e recuperação da saúde; vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental; planejamento; gestão do trabalho em saúde; criação, execução e avaliação de políticas de saúde; gerência e avaliação dos sistemas de saúde; participação social; e construção de estudos em saúde (MENESES *et al.*, 2017).

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o código que corresponde à ocupação sanitarista é o 1312-25, com a seguinte descrição: Planejam, coordenam e avaliam ações de saúde; definem estratégias para unidades e/ou programas de saúde; realizam atendimento biopsicossocial; administram recursos financeiros; gerenciam recursos humanos e coordenam interfaces com entidades sociais e profissionais (BRASIL, 2017).

Diante disso, esse estudo baseia-se na seguinte pergunta: **como a graduação em saúde coletiva oferece subsídio para o egresso atuar na atenção básica?**

1.1 Justificativa

A escolha do tema deste estudo tem grande relevância para os acadêmicos da área de saúde coletiva, pois, apesar de existirem várias discussões dessa nova

graduação, ainda existe uma escassez de material publicado sobre a atuação desses profissionais na atenção básica e nas equipes do NASF-AB. Neste sentido, é importante investigar como a graduação tem preparado esses novos profissionais para atuação nas equipes multiprofissionais da atenção básica, em vista de reorientar a matriz curricular e melhor contemplar as experiências teórico-práticas quanto à atenção básica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com Bosi e Paim (2010) a discussão sobre a necessidade de um profissional capacitado para atuar em prol da democratização da saúde surgiu antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Ocorreram várias discussões e implantações de pós-graduação, especialização e aperfeiçoamento para criar um profissional que conseguisse integrar nos serviços de saúde a prática de ensino-aprendizagem, onde ocorrem trocas de informações e saberes entre os profissionais (LORENA *et al.*, 2016).

Vale salientar que a presença de sanitaristas na saúde brasileira é antiga. Desde a década de 1920 existem profissionais sanitaristas com diferentes formações e funções dentro dos serviços. Com o passar do tempo, esses profissionais se tornaram importantes na organização e gestão dos serviços e sistema de saúde, bem como nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (LORENA *et al.*, 2016).

Depois das análises da necessidade de um profissional com esse perfil, criou-se no ano de 2002 a primeira graduação em saúde coletiva, com o curso de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS). No ano de 2009 o curso foi implantado em mais quatro Universidades, a saber: Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade do Paraná (UFPR) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (LORENA *et al.*, 2016).

A inserção dos profissionais formados em saúde coletiva no processo de trabalho no âmbito das instituições de saúde evidencia a constituição de relações de complementaridade com as demais profissões do setor saúde, sem prejuízo da especificidade e identidade do campo de atuação de cada profissional (TEIXEIRA, 2013).

Assim os sanitaristas vêm se firmando como uma nova profissão da saúde, na medida em que avançam os cursos de graduação, pós-graduação e inserção no mundo do trabalho.

2.1 Reorientação da formação em saúde e o surgimento da graduação em saúde coletiva

Desde a criação do SUS existe uma preocupação com relação aos profissionais que ocupam os cargos de saúde, com a política de recursos humanos na saúde, envolvendo a formação, perfil, vínculos e condições de trabalho adequado, tendo sido uma discussão presente tanto na 8º Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, como na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para à Saúde, realizada em 1986. Nestas, ficou claro a necessidade de mudança nos cursos de graduação para inserção da lógica de formação baseada na integração ensino-serviço dentro dos cursos de saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

A partir dessas discussões e construção de experiências que reorientassem a formação profissional em saúde, foram criadas algumas estratégias que corroboraram para uma mudança no ensino-aprendizagem, colocando o SUS como campo de atuação através de projetos, cursos e estágios. As primeiras experiências desenvolvidas para reorientar a formação profissional em saúde tiveram início em 2003, quando foram desenvolvidos projetos como: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (Ver-SUS), Aprender SUS e Ensina SUS, com o intuito de aproximar os Universitários da população usuária do SUS (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Baseado nas experiências desenvolvidas ao longo dos anos, foi criada a Portaria Conjunta nº 2.118 de 2005, com o intuito de pactuar a parceria entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde para desenvolverem uma cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na saúde (BRASIL, 2005).

Neste mesmo ano foi criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), regulamentado por meio da Portaria N° 2.101, cujo objetivo era a mudança nos métodos de formação dos cursos de graduação na área da saúde. A meta era oferecer no âmbito do SUS, profissionais capacitados para atender às necessidades da população brasileira e uma melhor operacionalização do SUS (BRASIL, 2005).

A partir da parceria entre Instituições de Ensino Superior (IES) de cursos da área da saúde e os gestores do SUS, buscava-se uma ampliação da resolutividade e qualidade dos serviços ofertados à população, visando à integração da prática com a formação dos profissionais em saúde na graduação e na educação permanente (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Visava-se compreender a perspectiva integral do processo saúde-doença e a promoção de saúde no processo de formação dos profissionais, antecipando e expandindo o período de prática educacional na atenção básica.

Inicialmente os cursos que fizeram parte do Pró-Saúde I foram: Enfermagem, Medicina e Odontologia. Em 2007 houve uma expansão para os demais cursos da área da saúde com o Pró-Saúde II, surgindo no mesmo ano o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), com o objetivo de qualificar os estudantes de graduação, através de experiências, estágios e especializações (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Em 24 de abril de 2007, criou-se o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), regulamentado pelo decreto de nº 6096, com o propósito de oferecer subsídio para universidades federais na ampliação do acesso e permanência na educação superior. Nesse cenário foi criada a graduação em saúde coletiva com o objetivo de formar profissionais para romper a lógica convencional da saúde pública (BOSI; PAIM, 2010).

Entre os marcos regulatórios desse processo, tem-se a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação e o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni). Entre as diretrizes do Reuni, instituído em 2007, destacam-se a proposição do aumento de vagas de ingresso, principalmente noturnas, e a determinação da diversificação das modalidades de graduação (BELISÁRIO *et al.*, 2013, p. 2).

Dentre os estudantes que fazem parte dos programas desenvolvidos para melhorar a qualidade da formação dos profissionais estão os estudantes de saúde coletiva, onde a visão interdisciplinar é contemplada nos currículos da graduação em saúde coletiva desde o início. (CASTELLANOS *et al.*, 2013).

Com o objetivo de melhor preparar profissionais capacitados para atuarem no sistema de saúde, surgem os programas de Residências, que inserem esses

profissionais recém-formados para que venham a desenvolver uma visão crítica do atual modelo assistencial (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

2.2 Formação dos Sanitaristas

Atualmente, existem 22 cursos de graduação em saúde coletiva em várias instituições de ensino superior no Brasil, representando um marco para as práticas de ensino nesta área (DOMINGUES *et al.*, 2019). Os debates sobre um profissional que tenha uma identidade específica, resultaram na expansão desta graduação, visando criar um sanitarista que não fosse formado apenas por meio de pós-graduações já que o perfil dos profissionais pós-graduados não dava conta das demandas do SUS e da gestão do sistema.

Entendia-se ainda que esta formação em nível da graduação responderia à crescente necessidade de Sanitaristas no Brasil (BELISÁRIO *et al.*, 2013), devendo ser inseridos no mercado de trabalho em menos tempo do que aqueles que iriam se graduar e só depois realizarem uma pós-graduação (CASTELLANOS *et al.*, 2013).

A graduação em saúde coletiva visa formar um profissional com o olhar voltado para o coletivo, sem esquecer as especificidades de cada indivíduo. Considera que a saúde possui determinantes e condicionantes que não se resumem à ausência de doença, já que existe uma complexidade de fatores que podem estar relacionados à economia, cultura, étnicos/raciais, convívio social, aspectos ambientais e biológicos/genéticos, que são conhecidos e discutidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Durante a graduação são desenvolvidas ações em consonância com os princípios norteadores do SUS que são: Integralidade, que pode ser caracterizada como toda a rede de serviços e orientações que aquele indivíduo vai passar dentro do sistema até a resolutividade do problema, ou até mesmo ações de promoção e/ou prevenção da saúde; Universalidade, que consiste em ofertar uma cobertura dos serviços de saúde para todos os indivíduos sem distinção; e Equidade que pode ser entendido como ir de acordo com a real necessidade de cada indivíduo, “tratar o desigualmente o desigual”, com a finalidade de que todos tenham as mesmas oportunidades de sobrevivência (TEIXEIRA, 2011).

Além das disciplinas cursadas durante a graduação, os estudantes passam por estágios curriculares que não devem ser considerados como um simples campo de prática e desenvolvimento da técnica, mas sim, aprendizagem prática do escopo das suas atribuições. Os estágios permitem ao graduando o desenvolvimento de sua capacidade problematizadora, reflexiva, crítica e interdisciplinar, para que seja possível uma inovação da forma de organizar as atividades nos serviços de saúde, de forma a englobar o saber, a ideologia e a prática (PARO; PINHEIRO, 2018; PAIM; PINTO, 2013).

Como o sanitarista possui em sua matriz curricular de aprendizagem disciplinas voltadas às ciências sociais, esse profissional tem habilidades de desenvolver novas estratégias dentro do próprio estágio curricular, repensando a atenção e cuidado à saúde com um olhar ampliado. Para que isso seja possível, ele precisa ter uma visão crítica dentro do serviço, não apenas repetindo as atividades propostas (PEREIRA; CARNEIRO, 2019) mas sim criando possibilidades, tem a oportunidade também de participar de Projetos e Pesquisas que propõe a aproximação com a comunidade, integrando o tripé: Ensino, pesquisa e extensão.

2.3 Atenção Básica e as Residências Multiprofissionais como Estratégias para o Modelo de Reorientação

O Programa de Saúde da Família teve início no ano 1994, passando a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) com o propósito de mudar o modelo biomédico instaurado no Brasil até então (FERTONANI *et al.*, 2015). A ESF está baseada em diretrizes que orientam que as práticas de saúde devem ser pautadas nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, no conhecimento do meio social ao qual o indivíduo está inserido, levando em consideração o convívio familiar (FERTONANI *et al.*, 2015).

O processo saúde-doença vai muito além da lógica biológica, onde o médico é o ator que detém o conhecimento, em detrimento a outros profissionais. Cada integrante do sistema é peça fundamental para que ocorra um cuidado humanizado, integral e em tempo oportuno. Assim, torna-se possível construir um SUS equânime, que se adequa às necessidades dos indivíduos, famílias e coletivo, considerando que cada indivíduo ou grupo possui uma especificidade.

A partir de 2002, ocorre a consolidação da atenção básica no que se refere às redes de atenção, onde essa consolidação veio a ser oficializada apenas em 2010. As redes de atenção podem ser definidas como organizações poliárquicas, interligadas entre si, com objetivo principal de cumprir a integralidade do acesso aos serviços de saúde, coordenadas pela atenção básica (MENDES, 2010).

A atenção básica refere-se ao primeiro nível de atenção à saúde, sendo a ordenadora do cuidado e, portanto, a porta prioritária de entrada no SUS para o acesso à saúde especializada, bem como a outros níveis de atenção (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Como responsabilidade fundamental da atenção primária tem-se:

(...)o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2010, p. 4).

Segundo Silva *et al.* (2017), para fortalecimento da atenção básica foi criado em 2008, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) para aumentar a resolutividade e cobertura dos serviços de saúde ofertados em conjunto com as equipes de referência da atenção básica através do apoio matricial. Estas equipes foram regulamentadas atualmente pela Portaria nº 1.963, de 29 de junho de 2018, identificando-se como equipes multidisciplinares que atuam de uma maneira integralizada com a atenção básica (SILVA *et al.*, 2017).

O NASF-AB pode ser composto por diferentes profissionais como: psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, profissional de educação física, fonoaudiólogo, veterinário, como também o sanitarista. Esses diversos profissionais contribuem para o fortalecimento da integralidade e resolutividade da AB (SILVA *et al.*, 2017).

O NASF-AB desempenha o apoio à gestão e à atenção, sendo uma estratégia de organização das práticas de cuidado e de gestão, através de diferentes ferramentas tecnológicas, desde a pactuação de ações e metas, até a implantação da clínica ampliada, projeto terapêutico singular e projeto de saúde no território, fomentando o compartilhamento das ações das equipes e a cogestão do cuidado (BRASIL, 2009).

Apesar da proposta da criação do NASF-AB viabilizar a integralidade no cuidado, ainda existem fragilidades nessa integração, pelo fato de cada profissional dominar um campo do saber e, muitas vezes, encontrar dificuldades em compartilhar conhecimentos. Faz-se necessário que dentro da equipe tenham profissionais que estejam aptos a aperfeiçoar esta articulação, de maneira a viabilizar o apoio matricial entre as equipes.

O Programa de Residência Multiprofissional mostra-se como uma possibilidade de mudança da prática em saúde, onde seja possível a troca de saberes, superando as dificuldades encontradas dentro do atual modelo de assistência, é uma modalidade de pós-graduação “*lato sensu*” em serviço.

Os sanitaristas estão entre os profissionais que fazem parte dos programas de residência, encontrando a atenção básica como um campo de atuação e desenvolvimento das suas funções, mudando a atenção em saúde com foco apenas no indivíduo, mas analisando também o meio social ao qual o indivíduo está inserido (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção dos sanitaristas residentes quanto à sua formação acadêmica na graduação para atuar em equipes multiprofissionais na atenção básica.

3.2 Objetivos Específicos

- a. Identificar conhecimentos e competências necessárias para o sanitarista atuar em equipes multiprofissionais na atenção básica;
- b. Descrever atividades e estratégias do percurso acadêmico dos residentes sanitaristas que ofereceram subsídios para atuação em equipes multiprofissionais na atenção básica;
- c. Analisar a percepção dos residentes sobre fragilidades e potencialidades da graduação de saúde coletiva para atuação em equipes multiprofissionais na atenção básica.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo exploratório de caráter qualitativo. Através do método qualitativo é possível obter informações contextuais para um pequeno número de casos, com enfoque no significado do problema. Com esse método existe uma abertura para que as pessoas possam expressar seus sentimentos, pensamentos, motivações, atitudes, crenças (MARTINS; BÓGUS, 2004).

4.2 Área e período do estudo

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco, no período de janeiro a abril de 2021.

4.3 Sujetos do estudo

Residentes sanitárias que atuam na atenção básica através de programas de residência multiprofissional com ênfase na atenção básica desenvolvidos no estado de Pernambuco.

Foram entrevistados 9 profissionais graduados em saúde coletiva que estavam, na ocasião da coleta de dados, vinculados a 4 programas de residências multiprofissionais na área de atenção básica. Destes, 6 eram do sexo feminino e a faixa etária variou entre 21 a 39 anos de idade no momento da entrevista. Todos os participantes atuavam em equipes multiprofissionais do NASF-AB há mais de 6 meses.

4.4 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada através da exploração do banco de dados de entrevistas que foram realizadas com residentes sanitárias em uma pesquisa anterior intitulada: “A inserção do profissional sanitária no núcleo ampliado de saúde da família: perspectivas e desafios na atenção primária à saúde”.

A autora da referida pesquisa foi Leandra França da Silva, egressa do curso de saúde coletiva do Centro acadêmico de Vitória que teve como orientadora a professora Fabiana de Oliveira Silva Sousa, a mesma que orienta este estudo. No

roteiro das entrevistas havia questões relacionadas à formação dos residentes sanitárias e a inserção dos mesmos na atenção básica. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para análise.

No estudo anteriormente realizado, foram identificadas e analisadas as categorias temáticas relacionadas ao processo de trabalho desses residentes na atenção básica. Nesta pesquisa, foram identificadas e analisadas as categorias relacionadas à formação desses profissionais.

4.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi utilizada 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 (BARDIN, 2009).

A análise de conteúdo adequa-se a estudos como este 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” (MINAYO, 2007). As entrevistas foram analisadas seguindo uma sequência cronológica de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação (BARDIN, 2009).

4.6 Considerações éticas

Submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e está registrado sob CAAE 17763519.9.0000.9430. Após aprovação do CEP, o banco de dados foi explorado pelas autoras dessas pesquisas para sistematização e discussão de seus resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas entrevistas os sanitaristas residentes puderam exteriorizar seus pensamentos e opiniões no que se refere às vivências de sua formação e contribuições para atuação nas equipes multiprofissionais da atenção básica.

5.1 Competências necessárias para atuação do sanitarista na atenção básica

Segundo Nascimento e Oliveira (2010), competências podem ser definidas como a produção de habilidades de maneira competente em determinada situação, de acordo com os conhecimentos adquiridos, porém, sem se restringir a eles. É produzida durante a formação, mas pode-se ser desenvolvida no cotidiano de trabalho.

Os sanitaristas residentes entrevistados nesta pesquisa relataram o que percebiam como competências relevantes para sua atuação nas equipes multiprofissionais da atenção básica. Mencionaram que algumas disciplinas cursadas na graduação contemplavam conteúdos importantes, mas que sentiram falta da prática, do “saber fazer de verdade” (E9) para utilizar na atenção básica.

Uma das competências mais citadas como necessárias foi o conhecimento do território e sua influência no processo saúde doença da população. Ao mesmo tempo, foi um dos aspectos mais reconhecidos pelos entrevistados como algo inerente ao sanitarista, possibilitando a esse profissional um olhar ampliado com relação aos determinantes e condicionantes da saúde.

Então a gente tem muito essa visão de território que a atenção básica trabalha, então talvez para a gente quando chegue lá tem essa facilidade. (E1)

A gente não pode ficar só no planejamento, só nas reuniões, a gente tem que realmente ir para ponta e entender, a gente tem como articular essa rede, para dá apoio a essas famílias [...]. (E2)

Cada território onde os indivíduos estão inseridos tem sua singularidade. É dentro dele que se localizam os determinantes e condicionantes que influenciam no processo saúde-doença. Assim, para que ocorra uma intervenção eficiente, se faz necessário o fortalecimento da atenção básica, que pode ser entendida como o primeiro nível de atenção do SUS, onde os profissionais estão mais próximos

das famílias e ter uma visão ampla das necessidades de saúde do território (JACQUES; LEAL, 2017).

Outras competências também reconhecidas como necessárias para atuação e de fácil domínio pelo sanitarista foi a capacidade de analisar situação de saúde, elaborando diagnósticos que subsidiem o planejamento das equipes. Além disso, análise dos processos de trabalho e o uso de tecnologias leves para fortalecer a gestão do cuidado.

[...] análise de conjuntura do processo de trabalho, então a gente consegue analisar isso e ver falhas que existem, o que devem mudar, o que deve continuar, o que deve melhorar. [...] naturalmente tem um poder de liderança. (E1)

[...] na análise do perfil epidemiológico, do diagnóstico do território a gente tipo tem uma facilidade muito grande para lidar com esses dados para transformar esses dados em informações e subsidiar sabe o planejamento da equipe em relação a isso, e até para criar ferramentas de monitoramento das atividades dos profissionais do NASF e até desenvolver tecnologias leves que facilitem o trabalho. (E2)

Os participantes também ressaltaram muito a importância de aprender a trabalhar em equipe, vivenciar várias atividades de educação em saúde, educação permanente, acolhimento desenvolvendo competências para o trabalho interprofissional.

[...] participar de todas as atividades, com todos os profissionais, participar de acolhimento, participar de grupo, se colocar também, eu acho que é importantíssimo o estudante se colocar como figura ativa [...]. (E7)

[...] trabalhar com a equipe, eu tenho que desenvolver apoio matricial, educação permanente [...]. (E8)

Segundo Paro e Pinheiro (2018), os profissionais conseguem oferecer contribuições interprofissionais com maior facilidade quando vivenciam essa aprendizagem durante a graduação e que, assim, é possível subsidiar mudanças na realidade do trabalho no SUS, possibilitando melhoria na qualidade da atenção à saúde.

O graduando deve desenvolver suas atividades nas práticas do ensino, participando não só das atividades programadas, mas se colocando como ator crítico e participativo do processo de ensino-aprendizagem, conseguindo estabelecer um vínculo não só com os profissionais, mas também, com os usuários possibilitando o protagonismo do estudante no campo de prática

[...] bastante importante o contato também com a população, porque de inicio a gente não tem muito jeito, de inicia a gente fica muito gelado, muito duro, sem experiência, e quando a gente começa a fazer o corpo a corpo, vai aprendendo um pouco mais, ... essa relação, esse contato com as pessoas é muito importante. [...]. (E7)

A atuação no âmbito da atenção básica, inclusive das equipes do NASF-AB, é organizada a partir das diretrizes do trabalho interprofissional. Um dos desafios antigos que permanece na atualidade é fortalecer a integração entre os profissionais e as diferentes equipes, de modo que o trabalho interprofissional seja um grande facilitador para garantia de práticas de cuidado mais integrais (MERCER, 2018). Os trabalhadores da saúde enfrentam dificuldades para exercer a interprofissionalidade, pois, existem fragilidades que vem desde a graduação, cujo enfoque ainda é a formação de profissionais focados na sua especialidade (ANJOS *et al.*, 2013).

A relação entre profissional-usuário, possibilita uma ampliação do processo saúde-doença dos indivíduos, famílias e comunidades, pois, gera um vínculo, onde os profissionais conseguem dialogar e promover saúde, como também, os profissionais compreendem a especificidade e necessidades da população. O usuário se torna coparticipante deste processo. (LIMA *et al.*, 2014).

5.2 Conteúdos e estratégias da graduação em saúde coletiva que oferecem subsídio para atuação dos sanitaristas na atenção básica

Nessa categoria foram agrupadas as principais estratégias pedagógicas (projetos, extensão, estágios, pesquisas) e conteúdos desenvolvidos nas disciplinas do curso de graduação que os entrevistados perceberam como relevantes para subsidiar a atuação nas equipes multiprofissionais na atenção básica.

Dentre as estratégias abordadas está o PET-Saúde que é um programa pautado na lógica de integração entre ensino-serviço-comunidade, regulamentado pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/2008, com o objetivo de fortalecer territórios estratégicos e ofertar uma formação profissional em saúde voltada para as necessidades de saúde da população, através de uma transformação da graduação da saúde, prática profissional e interação com os usuários.

Eu fiz um PET, que foi o PET-Rede Cegonha, por três anos que a gente trabalhava no desenvolvimento de atividades na atenção básica, só que

como eu era sanitarista, eu ficava mais na área do planejamento, que era na construção de questionários de avaliação de estrutura, essas coisas, é... me aproximou um pouco da atenção básica. (E2).

A inserção dos estudantes de graduação nos serviços de saúde via PET, possibilita que os profissionais supervisionem e instruam os graduandos, que vivenciam o serviço público de saúde como um campo de práticas e conhecimentos partilhados (FARIA *et al.*, 2018). Como pode ser observado na fala do entrevistado 2, o PET foi uma peça-chave para qualificação do sanitarista em nível de graduação, para atuação na AB.

Disciplinas e conteúdos estudados em sala de aula, contribuíram para a atuação do sanitarista nas equipes multiprofissionais da atenção básica como afirma o entrevistado 9: “[...] Sim, as disciplinas que a gente cursou com certeza dá uma base [...]” (E9), porém, houve queixa de que essa temática deveria ser mais aprofundada dentro das grades do curso.

Os projetos de extensão sobre a temática são de suma importância para que o graduando em saúde coletiva desenvolva suas habilidades nas equipes multiprofissionais. Da mesma forma são mencionados os estágios, apesar de apenas alguns estudantes escolherem realizar estágios nessa área.

[...] sempre nos meus estágios a parte mais que eu me identifiquei foi a atenção básica, por estar mais perto da população. [...] Projeto viver saúde coletiva, que eu acho que eu passei um bom tempo, não lembro quanto tempo, mas eu estagiei na atenção básica do meu município e foi muito interessante, porque quando você partia para o estágio, você já tinha mais ou menos a noção do que a atenção básica fazia. [...] meu estágio 2 foi justamente na atenção básica. (E3)

[...] não trouxe como eu posso dizer todas as atribuições da atenção básica, não direciona, mas toda construção do curso ele traz sim, ele faz com que o sanitarista consiga sim se desenvolver na atenção básica. [...] o foco que a gente entende ou que é repassado, não sei algo a ser problematizado depois, é que a gente vai atuar só na gestão. (E6)

Foi analisado que as experiências desenvolvidas no curso, mesmo quando realizadas na atenção básica, são voltadas para a gestão do setor. A exceção foi o PET-Saúde, assim como outros programas e projetos de extensão citados pelos entrevistados que oferecem uma oportunidade de o sanitarista desenvolver atividades práticas no território, junto aos profissionais e usuários da atenção básica. Porém, esses programas contemplam apenas uma parcela dos graduandos, se fazendo necessário um estágio ou curricularização da extensão,

para que consiga contemplar a experiência do estudante nas equipes que atuam na atenção básica e não exclusivamente na gestão do setor.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) a formação para área da saúde teria que ter como finalidades a mudança das atividades profissionais e da estruturação do trabalho, organizar-se a partir de criticidades do processo de trabalho e ofertar qualidade no acolhimento e cuidado aos usuários. A formação dos profissionais em saúde no Brasil, necessita passar por uma mudança para que seja possível romper com a lógica fragmentada do ensino e contribuir de maneira satisfatória com a política do Sistema Único de Saúde (SUS).

5.3 Fragilidades e potencialidades da graduação em saúde coletiva quanto a formação profissional para atuar na atenção básica

Com relação às dificuldades da graduação, os entrevistados relataram que há uma ausência de uma disciplina com enfoque na atuação do sanitarista nas equipes multiprofissionais da atenção básica. No primeiro período da graduação, o estudante é inserido no campo, visita UBS, mas ainda sem muita base de conhecimento para contribuir para o serviço. São poucas visitas que não dão conta de vivenciar a realidade das equipes que atuam na atenção básica e o graduando chega no serviço sem conhecer quais as atribuições do sanitarista nesse âmbito.

[...] falta disso, de uma disciplina por exemplo da graduação que trabalha em equipe [...] no primeiro período, conhece a Unidade Básica de Saúde, a gente ainda não conhece muita atenção básica coloca lá sem ter muita experiência. (E1)

[...] na graduação eu não tive acesso a tantas disciplinas que me cativassem para Atenção básica [...] a gente não tem tanta coisa voltada para a atenção básica e acho que principalmente para o NASF, [...] então é um universo de criação, porque fica muito longe do que a gente aprende na graduação, a atuação prática mesmo fica muito distante. (E2)

Com relação aos estágios, os estudantes no estágio II têm a oportunidade de escolher realizar na atenção básica, entretanto, esse estágio é totalmente voltado para a gestão [...] a gente fala muito sobre a gestão e não coloca muito a gente na ponta, a gente já foi para a ponta, mas sempre focando na gestão [...] (E4).

O graduando não se insere nas atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, pois, o primeiro contato com o setor é em um nível inicial da graduação.

Uma dificuldade também é que a gente não se insere nas atividades de rotina da Unidade Básica de Saúde, a gente tá lá, mas tá em um conhecimento que a gente não tem como contribuir muito. [...] Porque a gente estagia muito na secretaria de Saúde. E aí a gente não sabe o que é que se passa no NASF, como é que desenvolve algo no NASF [...] (E8) Como eu passei muito tempo no estágio da atenção básica eu consegui entender a atenção básica, mas a lógica é muito diferente, assim de você atuar como Gestão na atenção básica, ficar no estágio de gestão da atenção básica e depois estar no NASF, no território, é bem diferente. (E6)

Como potencialidades, os entrevistados citaram algumas disciplinas que trazem uma base para o desenvolvimento de monitoramento, educação permanente, educação popular, principalmente a disciplina de tecnologias de saúde, onde, foi possível conhecer as tecnologias leves, apresentando as diversas relações vivenciadas nas equipes multiprofissionais da atenção básica para desenvolver as atividades no setor. A graduação amplia o olhar do sanitarista, em comparação com os outros profissionais, [...] que os outros profissionais de saúde não têm essa visão ampliada da saúde, eu acho que isso é uma coisa rica da nossa formação. (E3), focando nos determinantes e condicionantes da saúde.

[...] disciplina de tecnologia em saúde, então a gente ver as tecnologias leves [...] sistemas de informações que a gente trabalha nas disciplinas [...] realmente tem algumas coisas que a gente estudou que ajuda [...]. (E1)

[...] assim a graduação ela traz disciplinas que fazem com que o sanitarista ele não fique perdido, porque tudo que a gente consegue desenvolver hoje na atenção básica de monitoramento, de realização de grupo, educação permanente, fora a educação permanente também educação popular em saúde, é tudo com base nas nossas diretrizes curriculares. (E6)

De acordo com Paim e Pinto (2013) o Sistema Único de Saúde (SUS) necessita de profissionais capacitados para desempenhar suas atividades em todos os níveis do sistema, inserindo esses profissionais também nas equipes de saúde da família, sem focar apenas na gestão.

5.4. Sugestões para fortalecer a formação do sanitarista para atuação na atenção básica

Com relação as sugestões dadas pelos entrevistados foram abordados temas como: I) criação de disciplinas: *Eu acredito que cabe nessa grade curricular*

ter disciplinas voltadas para atuação do sanitarista nas equipes multiprofissionais da atenção básica (E2); II) estágios junto às equipes da atenção básica; III) mais projetos de extensão voltados para atenção básica; IV) incentivar a criação de documentos sobre as atribuições do sanitarista no setor; V) registrar as experiências exitosas vivenciadas em campo e VI) articulação com os serviços de saúde para criação de especializações na área.

[...] sinto essa necessidade de ter uma disciplina realmente, ou experiência, ou um estágio, direcionado à atenção básica [...]. Estágio, da prática, de ter inserido o sanitarista ali ou que não seja por estágio seja por projeto de extensão [...]. (E1)

Na graduação, a gente deveria ter mais disciplinas ou projeto que fosse da inserção do sanitarista na atenção básica e também como, enquanto NASF, a gente ter um projeto voltado [...] (E3)

[...] articulação maior com antecedência, projetando e planejando, com os professores responsáveis por essa disciplina, indo anteriormente e fazer essa discussão com a equipe e escolher alguma equipe que seja aberta e que tenha perfil também de saúde da família [...] (E7)

Diante do exposto se faz necessária uma maior oferta de atividades práticas desenvolvidas nas equipes multiprofissionais, bem como o fortalecimento da integração entre ensino-serviço. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) conseguimos encontrar diversos registros sobre o assunto, mas, para que ocorra uma qualificação na formação e para que os mesmos se tornem profissionais capacitados para realidade dos serviços de saúde, deve-se levar em consideração o quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Desta forma, espera-se que ocorra uma articulação entre, discentes, docentes, gestores, profissionais da saúde e usuários.

[...] eu acho que a residência ela é fundamental nesse sentido, porque ela coloca o profissional ali na atenção básica no NASF, então ele vai estar desenvolvendo, ele tem que desenvolver tem que trabalhar. Então é um universo de criação, porque fica muito longe do que a gente aprende na graduação, a atuação prática mesmo fica muito distante, e eu acho que o residente é que vai mostrar que realmente esse profissional é importante aqui. (E2)

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) tem como fundamento qualificar os residentes quanto a atuação na Estratégia de Saúde da Família, com foco nas diretrizes e princípios preconizados pelo SUS, levar o egresso para esse campo de prática resulta na formação do senso crítico sobre o atual modelo de assistência. Como o sanitarista é um profissional que

enxerga além do processo saúde-doença, é fundamental a inserção dos mesmos para compor as equipes multiprofissionais e desenvolver as habilidades vistas durante a graduação na prática (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo analisou a percepção dos sanitaristas residente quanto à formação na Graduação em Saúde Coletiva para atuação nas equipes multiprofissionais da atenção básica, indicando fragilidades e potencialidades que perpassou o período de graduação. Os cursos criaram um importante avanço, pois, foi possível inserir no setor saúde, em tempo mais curto com relação à pós-graduação, profissionais sanitaristas que enxergam além do binómio saúde-doença.

Dessa forma, foi possível identificar as principais competências para atuar nas equipes, vivenciadas pelos residentes, como: conhecimento do território e suas implicações no processo saúde-doença, olhar ampliado com relação aos determinantes da saúde, capacidade de realizar análise de situação de saúde, diagnósticos e planejamentos, utilização de tecnologias leves para um trabalho interprofissional.

Projetos, extensão, pesquisas, estágios e conteúdos desenvolvidos nas disciplinas, ofereceram subsídios para atuação destes residentes nas equipes multiprofissionais da atenção básica, porém, houve insatisfações, pelo fato da ausência de disciplinas com enfoque no tema e os estágios serem direcionados para gestão.

Os resultados desse estudo indicam que é preciso repensar a matriz curricular do curso de saúde coletiva e inserir mais atividades práticas, através de disciplinas, estágios e projetos de extensão que ampliem o desenvolvimento de competências para esse profissional atuar nessas equipes.

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco e não se identificou na literatura científica trabalhos para verificar se essas fragilidades encontradas são a realidade da Graduação em Saúde Coletiva no Brasil. Espera-se que este estudo possa subsidiar novas pesquisas com relação a atuação dos sanitaristas na atenção básica.

Espera-se que essa pesquisa colabore não apenas com o aprofundamento do tema estudado, mas, que possa ajudar a provocar e subsidiar o debate sobre a formação de profissionais qualificados para as complexidades e realidades do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F; FAUSTO, C. R; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 2, 2011, p. 84-95. 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/84-95/pt/>. Acesso em: 11 out. 2019.
- ANJOS, K. F. D; *et al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 out. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BELISÁRIO, S. A. *et al.* Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1625-1634, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 out. 2019.
- BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2029-2038, jul. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria nº. 2.118, de 3 de novembro de 2005**. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Brasília: Ministério da Educação, 2005. Disponível em: http://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/portaria_interministerial_2118.pdf. Acesso em: 06 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial n. 2.101, de 3 de novembro de 2005**. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri3019_26_11_2007.html. Acesso em: 06 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N º 186 de 14 de março de 2014**. Altera os Anexos I e II da Portaria nº 24/SAS/MS, de 14 de janeiro de 2014, que redefine as regras para o cadastramento do Programa Academia da Saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0186_14_03_2014.html. Acesso em: 18 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.963, de 29 de junho de 2018.** Descredencia Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) por não cumprimento de prazo estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/28167374/do1-2018-07-02-portaria-n-1-963-de-29-de-junho-de-2018-28167274#targetText=Art.%201%C2%BA%20Ficam%20descredenciados%20os,Estabelecimentos%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SCNES\)](http://www.in.gov.br/materia-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/28167374/do1-2018-07-02-portaria-n-1-963-de-29-de-junho-de-2018-28167274#targetText=Art.%201%C2%BA%20Ficam%20descredenciados%20os,Estabelecimentos%20de%20Sa%C3%BAde%20(SCNES)). Acesso em: 11 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em: 11 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo Ampliado de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf#targetText=O%20N%C3%BAcleo%20Ampliado%20de%20Sa%C3%BAde,e%20o%20alvo%20das%20a%C3%A7%C3%B5es>. Acesso em: 01 out. 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações.** Brasília: Ministério do Trabalho, 2017. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>. Acesso em: 01 out. 2019.

BUSS, P. M; PELLEGRINI, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pág. 77-93, abril de 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso Acesso em: 29 set. 2019.

CASANOVA, I. A; BATISTA, N. A; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1325-1337, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501325&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2021.

CASTELLANOS, M. E. P. et al. Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1657-1666, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 out. 2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n.

1, p. 41-65, jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. **DeCS/MeSH**: Descritores em Ciências da Saúde. São Paulo (SP): BIREME, 2017. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 13 set. 2019.

DIAS, H. S; LIMA, L. D; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=en&nrm=iso Acesso em: 02 out. 2019.

DOMINGUES, H. S. *et al.* Divulga saúde coletiva: estratégias de comunicação para inserção profissional do bacharel em saúde coletiva. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, São Cristóvão-SE, v. 12, n. 28, p. 249-262, 1 jan. 2019. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/revtee/article/view/8855/pdf>. Acesso em: 18 out. 2019.

FARIA, L. *et al.* Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1.257-1.266, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2018.v22n67/1257-1266/pt/#>. Acesso em: 02 abr. 2021.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 set. 2019.

JACQUES, C. O; LEAL, G. M. Determinantes sociais e território em sua inter-relação com as famílias e os processos de saúde-doença. **Revista Sociais e Humanas**, Santa Maria, v. 30, n. 01, p. 75-89, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2317175826620>. Acesso em: 15 abr. 2021.

LIMA, C. A; *et al.* Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 152-160, abr. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100017&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 maio 2021.

LORENA, G. A; *et al.* Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 369-380, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S010412902016158123>. Acesso em: 09 out. 2019.

MARTINS, M. C. F. N; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 out. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 out. 2019.

MENESES, J. J. S. *et al.* Panorama dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil entre 2008 e 2014. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 501-518, ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462017000200501&lng=en&tlang=en. Acesso em: 02 out. 2019.

MERCER, H. Interprofissionalidade e ousadia: sobre “Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação”. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1757-1759, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0488>. Acesso em: 14 abr. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NASCIMENTO, D. D. G; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.4, p.814-827. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041290201000040009&lang=pt. Acesso em: 01 out. 2019.

PAIM, J. S; PINTO, I. C. M. Graduação em saúde coletiva: conquistas e passos para além do sanitari smo. **Tempus: Actas Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 7, n. 3, p. 13-35, 2013. Disponível em: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1390/1162>. Acesso em: 01 out. 2019.

PARO, C. A; PINHEIRO, R. Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1577-1588, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1577.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019.

PEREIRA, E. L; CARNEIRO, R. O que podem nos contar os estágios supervisionados em/sobre saúde coletiva? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, abr./jun. 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041290201900020005&lng=en&tlang=en. Acesso em: 02 out. 2019.

SILVA, I. C. B; *et al.* Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1–10, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1433>. Acesso em: 11 out. 2019.

TEIXEIRA, C. F. Graduação em saúde coletiva: antecipando a formação do sanitarista. **Interface**, Botucatu, v. 7 n. 13, p. 163-166, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000200019&lng=en&nrm=iso&tlang=pt. Acesso em: 27 ago. 2019.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**. Salvador: [s. n.], 2011. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod_resource/content/4/OS_PRINCÍPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em: 01 out. 2019.