

**Percepção dos sanitaristas residentes quanto à  
formação na graduação em Saúde Coletiva para  
atuação em equipes multiprofissionais na Atenção  
Básica**

*Perception of resident health professionals regarding  
graduation in Public Health to work in multidisciplinary  
teams in Primary Care*

*Percepción de los profesionales sanitarios residentes sobre  
la titulación en Salud Pública para trabajar en equipos  
multidisciplinares en Atención Primaria*

Fabiana de Oliveira Silva Sousa<sup>1</sup>

Dara Andrade Felipe<sup>2</sup>

Jorgiana de Oliveira Mangueira<sup>3</sup>

Franciele Bezerra Sousa da Silva<sup>4</sup>

Leandra França da Silva<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup>Fisioterapeuta e sanitarista, Doutora em Saúde Pública, Professora do Curso de Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. e-mail:fabiana.osilva@ufpe.br

<sup>2</sup>Psicóloga e sanitarista, Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ. e-mail: dara.andradef@gmail.com

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ, Professora do Curso de Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. e-mail:jorgiana.mangueira@ufpe.br

<sup>4</sup>Bacharel em Saúde Coletiva formado pelo Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. e-mail: francielesilva05@hotmail.com

<sup>5</sup>Bacharel em Saúde Coletiva formado pelo Centro Acadêmico de Vitória, Residente em Saúde da Família pela Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes-PE. e-mail: leandra.franca96@gmail.com

**RESUMO**

Este estudo teve como objetivo analisar a percepção de sanitaristas residentes quanto à formação na graduação em saúde coletiva para atuar em equipes multiprofissionais na Atenção Básica. A escolha do tema tem 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 em equipes multiprofissionais na Atenção Básica. O estudo foi de natureza qualitativa com sanitaristas residentes que atuam na Atenção Básica no estado de Pernambuco, no período de janeiro a abril de 2021, através de entrevistas semiestruturadas. 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 pedagógicas na graduação em saúde coletiva que oferecem subsídio para atuação dos sanitaristas na atenção básica; fragilidades da graduação em saúde coletiva quanto à formação para atuar na atenção básica; sugestões para fortalecimento da formação do sanitarista para atuação na atenção básica. Verifica-se que a graduação em saúde coletiva 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 Atenção Básica, mas, se faz necessário revisar a matriz curricular do curso, para fortalecer a formação e melhor desenvolver atividades no âmbito da Atenção Básica.

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

**ABSTRACT**

This study aimed to analyze the perception of resident public health professionals regarding graduation in collective health to work in multidisciplinary teams in Primary Care. The choice of the topic is relevant for academics in the area, since, despite several discussions about this new graduation in public health, there is still a shortage of published material on the performance of these graduates in multidisciplinary teams in Primary Care. The study was qualitative in nature with resident sanitarists who work in Primary Care in the state of Pernambuco, from January to April 2021, through semi-structured interviews. Bardin's content analysis technique was used to analyze the data, which were organized into four analytical categories: skills necessary for the sanitarist to work in primary care; pedagogical contents and strategies in public health graduation that provide subsidies for the work of sanitarists in primary care; weaknesses of graduation in collective health regarding training to work in primary care; suggestions for strengthening the training of health professionals to work in primary care. It is verified that the graduation in collective health allowed a broad knowledge regarding the determinants and conditions of health, territory analysis and the health-disease

process. The disciplines, internships and extension projects experienced during graduation provide the basis for the performance of the sanitariat in Primary Care, but it is necessary to review the course's curricular matrix, to strengthen training and better develop activities within the scope of Primary Care.

**Keywords:** Primary care. Health personnel. Collective health.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la percepción de los profesionales de la salud pública residentes sobre la titulación en salud colectiva para trabajar en equipos multidisciplinares en Atención Primaria. La elección del tema es relevante para los académicos del área, ya que, si bien existen varias discusiones sobre esta nueva graduación en salud pública, aún existe una escasez de material publicado sobre el desempeño de estos graduados en equipos multidisciplinarios en Atención Primaria. El estudio fue de carácter cualitativo con sanitaristas residentes que laboran en Atención Primaria en el estado de Pernambuco, de enero a abril de 2021, a través de entrevistas semiestructuradas. Para analizar los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido de Bardin, que se organizó en cuatro categorías analíticas: habilidades necesarias para que el sanitario trabaje en atención primaria; contenidos y estrategias pedagógicas en la graduación en salud pública que otorguen subsidios al trabajo de los sanitarios en la atención primaria; debilidades de la titulación en salud colectiva en cuanto a la formación para trabajar en la atención primaria; sugerencias para fortalecer la formación de los profesionales de la salud para trabajar en la atención primaria. Se constata que la graduación en salud colectiva permitió un conocimiento amplio sobre los determinantes y condiciones de la salud, el análisis del territorio y el proceso salud-enfermedad. Las disciplinas, pasantías y proyectos de extensión vividos durante la graduación sientan las bases para el desempeño del sanitario en Atención Primaria, pero es necesario revisar la matriz curricular del curso, para fortalecer la formación y desarrollar mejor las actividades en el ámbito de la Atención Primaria.

**Palabras clave:** Atención primaria. Personal sanitario. Salud pública.

## 1 INTRODUÇÃO

A presença de sanitaristas é antiga na área da saúde no Brasil, desde a década de 1920, com distintas formações e funções. A partir da década de 1970, esta formação se fortaleceu com cursos de pós-graduação *lato sensu* em instituições como a Universidade de São Paulo (USP) e a Escola Nacional de

Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). A possibilidade de criação de cursos de graduação em saúde coletiva já era abordada desde a década de 1980, tendo em vista a demanda reprimida de gestores qualificados para o Sistema Único de Saúde (SUS) para diferentes localidades. A necessidade de encurtar o tempo de formação de sanitaristas, dada à importância dos conhecimentos da saúde coletiva para reorientação dos modelos de atenção, também fortaleceu as discussões sobre a existência de um curso de graduação em saúde coletiva<sup>1</sup>.

As discussões em torno da graduação em Saúde coletiva avançaram a partir dos anos 2000. Em 2001, a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS) criou um curso de graduação do campo da Saúde Coletiva, denominado Administração de Sistemas e Serviços de Saúde<sup>2</sup>. Em 2007, o contexto político tornou-se favorável para a criação e expansão de novos cursos com o decreto Nº. 6.096 que instituiu o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)<sup>3</sup>. A partir de 2008, os cursos de graduação em Saúde Coletiva expandiram-se no Brasil e, atualmente, estão presentes em todas as regiões do Brasil<sup>2</sup>.

O Sanitarista no Brasil ainda não é uma profissão regulamentada pela legislação nacional, entretanto o Projeto de Lei Nº 1.821/21 está em processo de discussão na Câmara dos Deputados<sup>4</sup>. Em 2017 o sanitarista foi incorporado ao registro da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), a ocupação representa a agregação de empregos ou situações de trabalhos similares<sup>2</sup>. Na CBO a ocupação de sanitarista foi definida sumariamente como: aqueles que “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 interface com entidades sociais e profissionais”<sup>5</sup>.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde coletiva preconizam três núcleos de conhecimentos e práticas: gestão em saúde, atenção à saúde e educação e comunicação em saúde. O núcleo da gestão deve proporcionar competências para atuação em

atividades de gestão, política, planejamento, avaliação, entre outras. A atenção à saúde deve proporcionar atuação em ações multiprofissionais, interdisciplinares de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. E o eixo da educação e comunicação em saúde deve estimular a atuação em práticas pedagógicas, mobilização popular, comunicação em saúde e ativismo comunitário, dentre outras atribuições<sup>6</sup>.

Quanto aos componentes curriculares do curso, as DCN orientam que os mesmos contemplem conteúdos que envolvam as seguintes temáticas: ciências básicas e da vida, epidemiologia, planejamento, gestão, avaliação, auditoria, políticas públicas e sistemas de saúde, economia da saúde, humanidades em saúde, educação, comunicação e promoção da saúde, saúde ambiental, vigilâncias da saúde, análise da situação de saúde, além de pesquisa, ciência, tecnologia e inovação em saúde<sup>6</sup>.

Além das disciplinas cursadas, os estudantes devem passar por estágios curriculares que 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<sup>7,8</sup>. Os mesmos também podem participar de projetos e pesquisas que propõe a aproximação com a comunidade, integrando o tripé: ensino, pesquisa e extensão.

Durante a graduação são desenvolvidas ações em consonância com os princípios norteadores do SUS<sup>9</sup>. Se, historicamente, o sanitarista tem atuado em diferentes espaços de gestão no setor saúde, as DCN e algumas políticas e programas de saúde tem apontado a possibilidade deste profissional também atuar em ações de educação e atenção à saúde como nos casos do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NAFS-AB) e Academia da saúde<sup>10,11</sup>.

O 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<sup>12</sup>. O NASF-AB pode ser composto por diversos profissionais, dentre eles o sanitarista<sup>10</sup>.

O NASF-AB deve atuar a partir do referencial teórico-metodológico do apoio matricial e na perspectiva de ultrapassar a lógica centrada apenas na doença, através da corresponsabilização e gestão integrada do cuidado<sup>13,14</sup>. Mas, 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<sup>15</sup>.

Diversas políticas têm sido implementadas pelo Ministério da Saúde para reorientar a formação dos profissionais de saúde com vistas às necessidades do SUS e da política de atenção básica, particularmente. Uma das estratégias mais relevantes foi a criação dos programas de residências multiprofissionais com ênfase em saúde da família ou atenção básica<sup>16</sup>. Esses programas multiprofissionais são uma modalidade de pós-graduação “*latu sensu*” em serviço e mostram-se como uma possibilidade de mudança das práticas em saúde, onde seja possível a troca de saberes, superando as dificuldades encontradas dentro do atual modelo de atenção à saúde.

Os sanitaristas estão entre os profissionais que fazem parte desses programas de residência, encontrando a atenção básica como um campo de atuação e desenvolvimento das suas funções, ampliando a atenção à saúde, analisando também o meio social ao qual o sujeito está inserido<sup>17</sup>. No NASF-AB, o profissional sanitarista pode

reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial, ainda que as mesmas não sejam exclusivas dele, tais como: análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores e saúde (bem como de eventos-sentinela e casos-traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades

de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado, etc.)<sup>10</sup>.

Diante de tal cenário emerge a provocação que direciona esse estudo: como a graduação em saúde coletiva oferece subsídio para o egresso atuar em equipes multiprofissionais na atenção básica?

A escolha do tema deste estudo tem 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 experiências teóricas e práticas para atuação na atenção básica.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 Aspectos Metodológicos**

Trata-se de um estudo exploratório de caráter qualitativo realizado no estado de Pernambuco, no período de janeiro a abril de 2021. Os sujeitos do estudo foram os sanitaristas residentes que atuam na atenção básica, através de programas de residência multiprofissional com ênfase na atenção básica, desenvolvidos no estado de Pernambuco.

No período do estudo havia 5 programas de residência que ofertavam, juntos, 10 vagas anuais para sanitaristas. Os residentes foram contactados via telefone e email e convidados a participarem da pesquisa. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas a nove profissionais graduados em saúde coletiva que estavam, na ocasião, vinculados a 4 programas de residências multiprofissionais na área de atenção básica. Todos os participantes atuavam em equipes multiprofissionais do NASF-AB a mais de 6 meses.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um roteiro de entrevista semiestruturado com questões relacionadas à formação dos residentes sanitарistas e a inserção dos mesmos na atenção básica. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. 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<sup>18</sup>.

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”<sup>19</sup>. As entrevistas foram analisadas seguindo uma sequência cronológica de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação<sup>18</sup>.

Esta pesquisa é parte integrante do projeto “A inserção do profissional sanitарista no núcleo ampliado de saúde da família: perspectivas e desafios na atenção primária à saúde” que foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro Acadêmico de Vitória (CAV-UFPE) e está registrado sob o CAAE 17763519.9.0000.9430. A pesquisa seguiu os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## **2.2 Resultados e discussão**

Todos os sanitарistas residentes entrevistados são egressos do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e estavam vinculados a 4 programas de residência, a saber: Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização da atenção à saúde – CAV/UFPE; Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em saúde do campo- UPE; Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – CCS/UFPE; e Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes



– SMS/Jaboatão dos Guararapes-PE. Destes, 6 eram do sexo feminino e a faixa etária variou entre 21 a 39 anos de idade no momento da entrevista.

Nas entrevistas os sanitaristas residentes puderam exteriorizar seus pensamentos e opiniões no que se refere às vivências de sua graduação e contribuições para atuação na atenção básica. Foram identificados quatro eixos nos quais as falas dos residentes foram categorizadas: 1. Competências necessárias para atuação do sanitarista na atenção básica; 2. Conteúdos e estratégias pedagógicas na graduação em saúde coletiva que oferecem subsídios para atuação dos sanitaristas na atenção básica; 3. Fragilidades da graduação em saúde coletiva quanto à formação profissional para atuação dos sanitaristas na atenção básica; e 4. Sugestões para fortalecimento da formação do sanitarista para atuação na atenção básica.

### **2.2.1 Competências necessárias para atuação do sanitarista na atenção básica**

Segundo Nascimento e Oliveira (2010)<sup>17</sup>, 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 ser desenvolvida no cotidiano de trabalho.

Os sanitaristas residentes entrevistados nesta pesquisa relataram o que percebiam como competências relevantes para sua atuação em equipes multiprofissionais na atenção básica. Uma das mais citadas como necessária foi a competência de analisar o território e identificar sua influência no processo saúde-doença da população. Os entrevistados se referiram a essa competência como algo inerente ao sanitarista, e que possibilita a esse profissional um olhar ampliado com relação aos determinantes e condicionantes da saúde e lhe confere potencialidade para atuar nesse nível de atenção.

Então a gente tem muito essa visão de território que a atenção básica trabalha, então talvez para a gente quando chegue lá tenha 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 nele onde se localizam os determinantes e condicionantes que influenciam no processo saúde-doença. O território incorpora o componente cultural, tendo uma dimensão simbólica e uma dimensão material de natureza econômico- política. Essa abordagem do território permite entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente em espaços comunitários<sup>20</sup>.

Outras competências também foram reconhecidas como necessárias para atuação na atenção básica e de fácil domínio pelo sanitário. Articulada a competência anterior identificou-se a capacidade de analisar situação de saúde, elaborando diagnósticos que subsidiem o planejamento das equipes. Além dessa, a 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 a importância da competência de trabalho em equipe, possibilitando o desenvolvimento de diversas atividades do campo comum da atenção básica<sup>21</sup>, tais como: ações de educação em saúde, educação permanente e acolhimento.

[...] 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)

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<sup>22</sup>. Os trabalhadores da saúde enfrentam dificuldades para exercer a interprofissionalidade, pois existem fragilidades que vêm desde a graduação, cujo enfoque ainda é a formação de profissionais focados na sua especialidade<sup>15</sup>.

Segundo Paro e Pinheiro (2018)<sup>7</sup>, 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 em saúde coletiva para atuação na Atenção Básica deve desenvolver também a capacidade de estabelecer vínculos não só com os profissionais, mas também, com os usuários:

[...] bastante importante o contato também com a população, porque de início a gente não tem muito jeito, de início 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 relação entre profissional-usuário possibilita uma ampliação da compreensão do processo saúde-doença dos indivíduos, famílias e comunidades, pois gera um vínculo, onde os profissionais conseguem dialogar e construir estratégias de cuidado mais condizentes com a realidade e necessidades da população. Também é uma atitude democrática uma vez amplia a possibilidade de decisão e corresponsabilização dos usuários<sup>23</sup>.

### **2.2.2 Conteúdos e estratégias pedagógicas na 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 disciplinas) e conteúdos desenvolvidos nas disciplinas do curso de graduação que os entrevistados perceberam como relevantes para subsidiar a atuação na atenção básica.

Dentre as estratégias abordadas está o Programa de Educação Tutorial na Saúde (PET-Saúde). É um programa pautado na integração ensino-serviço-comunidade, 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<sup>24</sup>.

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- Saúde, possibilita que os profissionais supervisionem e orientem os graduandos que vivenciam o serviço público de saúde como um campo de práticas<sup>25</sup>.

Como pode ser observado na fala do entrevistado, o programa possibilitou uma aproximação com a Atenção Básica. Contudo, é importante destacar que o PET- Saúde contempla apenas uma parcela dos graduandos, com ofertas de vagas de maneira descontínua mediante fomento do Ministério da Saúde.

Disciplinas e conteúdos estudados em sala de aula contribuíram para a atuação do sanitarista na atenção básica, como afirma o entrevistado 9: “[...] Sim, as disciplinas que a gente cursou com certeza dá uma base [...]” (E9). Os entrevistados também citaram algumas disciplinas que tratam de do desenvolvimento de monitoramento, da educação permanente, da educação popular como importantes para a instrumentalização do sanitarista na AB. A compreensão sobre as diversas tecnologias de cuidado, conteúdo de uma disciplina específica, foi destacado.

[...] 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 a educação popular em saúde, é tudo com base nas nossas diretrizes curriculares. (E6)

Os projetos de extensão e estágios ao longo do curso no espaço da Atenção Básica são de suma importância para que o graduando em saúde coletiva desenvolva as habilidades necessárias.

[...] 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)

### **2.2.3 Fragilidades da graduação em saúde coletiva quanto à formação profissional para atuar na atenção básica**

Com relação às dificuldades da graduação, os entrevistados relataram a ausência de uma disciplina com enfoque na atuação do sanitarista na atenção básica. No primeiro período da graduação, o estudante é inserido no território da Atenção Básica, visitando as unidades básicas de saúde (UBS). Foi indicado que o número reduzido de visitas não propicia uma vivência mais profunda sobre a realidade das equipes que atuam na atenção básica, particularmente as possibilidades de atuação do sanitarista na equipe multiprofissional.

As disciplinas apresentam poucas ferramentas para organização do processo de trabalho dos sanitaristas, “saber fazer de verdade” (E9). Assim, ao chegar no estágio curricular final o graduando chega ao 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 cativasse 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 têm a oportunidade de escolher realizá-lo na atenção básica. Mas, são poucos os estudantes que escolhem esse campo de prática, e além disso, a forma como as atividades práticas são organizadas abarca, principalmente, as ações de gestão desse nível de atenção: [...] 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 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)

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)

Sem desconsiderar a relevância da experiência na gestão da Atenção Básica, um dos entrevistados apontou a pertinência de integração das atividades de gestão e atenção à saúde:

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)

#### 2.2.4 Sugestões para fortalecimento da formação do sanitarista para atuação na atenção básica

Com relação às sugestões dadas pelos entrevistados foram abordados temas como: I) criação de disciplinas específicas sobre a atuação do sanitarista na atenção básica; II) estágios curriculares 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 nesse nível de atenção; 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 na atenção básica, bem como o fortalecimento da integração entre ensino-serviço. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2005)<sup>26</sup> 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.

Em virtude das fragilidades na graduação, é na residência que os sanitaristas egressos se apropriam e produzem ferramentas para organização do trabalho na Atenção Básica.

[...] 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)

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família têm como fundamento qualificar os residentes quanto à 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. A inserção dos sanitaristas nos programas de residência multiprofissional em saúde da família é fundamental para desenvolver as habilidades, vistas durante a graduação, na prática<sup>27</sup>.

### 3 CONCLUSÃO

O estudo analisou a percepção dos sanitaristas residentes quanto à formação na graduação em saúde coletiva para atuação na Atenção Básica, indicando fragilidades e potencialidades que perpassam 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 na atenção básica, 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 na atenção básica, porém, houveram 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 graduação em 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 nas equipes que atuam na atenção básica e não exclusivamente na gestão do setor.

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 à atuação dos sanitaristas em equipes multiprofissionais na atenção básica. Destaca-se também a necessidade de se investir em pesquisas que possam avaliar a realidade de outros cursos de graduação em saúde coletiva, uma vez que a população deste estudo foi composta por egressos da graduação em saúde coletiva da UFPE.

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**

1. 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 e Sociedade*. 2016; 25(2): 369-80.
2. Viana JL, Souza ECF. Os novos sanitарistas no mundo do trabalho: um estudo com graduados em saúde coletiva. *Trab. Educ. Saúde*. 2018; 16(3):1.261- 285.
3. Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(4): 2029-038.
4. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 1821 de 2021. Dispõe sobre a regulamentação da atividade profissional de sanitарista e dá outras providências. Brasília, 2021.
5. Brasil. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações. Brasília: Ministério do Trabalho, 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 569 de 8 de dezembro de 2017. Brasília, 2017.
7. Paro CA, Pinheiro R. Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2018; 22(2): 1577-588.
8. Paim JS, Pinto ICM. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitарismo. *Tempus: Actas Saúde Coletiva*. 2013; 7(3): 13-35.
9. Teixeira C. Os princípios do sistema único de saúde. In: Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador – BA, 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N ° 186 de 14 de março de 2014. Altera os Anexos I e II da Portaria n° 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, 2014.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União; 2008.
  13. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) (Série A. Normas e Manuais Técnicos); 2014.
  14. Nascimento CMB, Albuquerque PC, Sousa FOS, Albuquerque LC, Gurgel IGD. Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. Trabalho, Educação e Saúde. 2018; 16(3): 1135-56.
  15. Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena ELS. Perspectivas e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto às práticas em saúde. Saúde Debate. 2013; 37:672-80.
  16. Brasil. Ministério da educação. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Brasília, 2005.
  17. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. Saúde Soc. 2010; 19(4): 814-27.
  18. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2009.
  19. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(3): 621-26.
  20. Monken M, Peiter P, Barcellos C, Rojas LI, Navarro M, Gondim GMM, Gracie R. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: CARVALHO, A. et al. (Org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
  21. Ellery AEL, Pontes RJS, Loiola FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2013; 23: 415-37.
  22. Mercer H. Interprofissionalidade e ousadia: sobre “Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação”.

- Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2018; 22(suppl. 2): 1757-759.
23. Lima CA, Oliveira APS, Macedo BF, Dias OV, Costa SM. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev. Bioética*. 2014; 22(1): 152-60.
24. Brasil. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Brasília, 2008.
25. Faria L, Quaresma MA, Patiño RA, Siqueira R, Lamego G. 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*. 2018; 22(67): 1.257-66.
26. Ceccim RB, Feuerwerker L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1): 41-65.
27. Casanova I A, Batista NA, Moreno LR. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2018; 22(suppl.1): 1325-37.