

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Deise Aline Stropper Barbosa

**A Atuação do Bacharel em Saúde Coletiva no
Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

Porto Alegre

2016

Deise Aline Stropper Barbosa

**Atuação do Bacharel em Saúde Coletiva no
Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
conclusão do Curso de Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dra. Lisiane Boer
Possa.

Porto Alegre

2016

RESUMO

Este trabalho busca demonstrar a possibilidade de atuação do Bacharel em Saúde Coletiva no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a partir do apoio matricial institucional. O caminho metodológico consiste na sistematização de documentos que versam sobre os seguintes temas: a formação do sanitarista na UFRGS, a Política Nacional de Atenção Básica, a estratégia de saúde da família e os núcleos de apoio à saúde da família, o apoio matricial e o apoio institucional. As análises demonstram que o Sanitarista supre as exigências frente às necessidades de recursos humanos para a construção da integralidade e intersetorialidade no Sistema Único de Saúde. Torna-se explícito a pertinência da inserção do profissional Bacharel em Saúde Coletiva nos NASF, o qual pode desenvolver ações nos campos da Epidemiologia, do Planejamento, da Vigilância, das Políticas, da Gestão, da Avaliação e da Promoção e Educação em saúde. A atuação do Sanitarista no NASF ainda é recente, com experiências escassas e com trajetória ainda em construção, no entanto, torna-se relevante destacar o potencial de contribuição deste profissional de saúde, a partir deste estudo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Sanitarista, Saúde Coletiva.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	5
2.	O BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA E A FORMAÇÃO NA UFRGS	7
3.	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	12
4.	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	15
5.	APOIOMATRICIAL E INSTITUCIONAL.....	19
6.	O SANITARISTA NO NASF	21
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
	REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso buscou responder como os Bacharéis em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), podem atuar nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O caminho metodológico consiste na sistematização de documentos que versam sobre os seguintes temas: a formação do sanitarista na UFRGS, a Política Nacional de Atenção Básica, A Estratégia de saúde da família e os núcleos de apoio à saúde da família e apoio matricial e institucional.

Cabe destacar que o curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS apresenta proposta de formação inovadora e necessariamente conterrânea. A formação tem como pretensão preparar profissionais para a esfera de políticas públicas de saúde com conhecimento das ciências da saúde; formação esta recente no âmbito da graduação.

Procura-se, com a formação deste profissional, contribuir para construção da integralidade e intersetorialidade nas atividades e ações nos sistemas e redes de saúde; assim como a atuação com protagonismo em gestão, avaliação, vigilância, promoção e proteção da saúde, das pessoas e coletividades do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas políticas prioritárias, como é o caso da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (UFRGS, 2013).

O marco histórico para Políticas voltadas à Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) foi a Conferência de Alma-Ata, realizada no ano de 1978. Neste encontro foi proposta a reorganização dos serviços de saúde, como ponto fundamental para garantir a saúde de todos. As proposições de Alma-Ata e a conjuntura de saúde do Brasil na época contextualizam a criação do SUS, em 1988. Desde o início dos anos 80, tem-se desenvolvido políticas para ampliação e qualificação da AB no Brasil.

A reformulação da PNAB no ano de 2011 previu a incorporação do profissional Sanitarista nas equipes de trabalho dos NASF, considerando que este núcleo tem o papel de expandir e reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial as equipes de AB (BRASIL, 2012). A definição da PNAB, para as atividades a serem exercidas pelo NASF e para a composição de profissionais da equipe, com a previsão da contratação do Sanitarista, evidencia que essa formação e conhecimento são de suma importância para o desenvolvimento dos mesmos.

No entanto, tanto a formação de Sanitarista a partir da graduação, como a possibilidade de atuação dos mesmos nos NASF são novidades para o SUS (SILVA, 2015). Desta forma ainda são pouco conhecidas as potencialidades da intervenção dos Bacharéis de Saúde Coletiva na AB e no apoio matricial e institucional às Equipes de Saúde da Família (EqSF).

O estudo aqui apresentada justificou-se pela necessidade de esclarecer e detalhar gestores, trabalhadores e usuários do sistema, as possibilidades desta atuação, ou seja, as ações e atividades que podem ser desenvolvidas por esses profissionais no apoio matricial às equipes de AB como componente da equipe do NASF.

Desta forma os objetivos que orientaram este estudo foram: descrever, sistematizar as possibilidades de atuação do Sanitarista, considerando experiências de inserção do graduando em saúde coletiva da UFRGS no NASF.

Para alcançar este objetivo foram descritas as diretrizes e os objetivos da PNAB, bem como o papel dos NASF e as possibilidades de atuação do Profissional Graduado em Saúde Coletiva, tendo como base o projeto político pedagógico da sua formação. A partir desses documentos, foram relacionadas as competências e habilidades previstas na formação do graduado em saúde coletiva com as diretrizes da PNAB e o papel do NASF.

Para responder ao objetivo deste estudo, foi utilizada a metodologia qualitativa. Considera-se esta mais adequada para responder a questões que pretendem aprofundar criticamente um dado tema, que neste caso, também é de proximidade da pesquisadora, pois a mesma é graduanda em Saúde Coletiva.

A recente formação do Sanitarista foi tratada em caráter descritivo-narrativo, utilizando-se de sistematização dos documentos formais que orientam essa formação e o relato de experiência da autora, visando explicitar as possibilidades de inserção do Sanitarista nas equipes do NASF.

As demandas de atuação no NASF foram descritas tendo como base a PNAB e literatura que trata sobre o mesmo. Foi realizada análise comparativa entre as demandas de atuação para o NASF e ofertas da formação do Sanitarista, identificando os pontos de convergência entre elas.

Conforme destacado a previsão da atuação do Sanitarista no NASF é recente, a ser construída e com experiências escassas. Também é importante

ressaltar que as primeiras turmas de bacharéis em saúde coletiva formadas são do ano de 2013, justificando assim, a utilização de análise documental como técnica de coleta de dados.

A definição pelo recorte ser de bacharéis formados pela UFRGS justifica-se pelo fato de ser o local de formação da pesquisadora, bem como se considera que se trata de caso representativo ou típico, já que esta universidade foi uma das primeiras a realizar a formação de Sanitarista no país. Considera-se, portanto, que o caso escolhido tem a potencialidade de exemplificar a atuação do Bacharel em Saúde Coletiva formado em outras universidades.

2. O BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA E A FORMAÇÃO NA UFRGS

O curso de graduação em Saúde Coletiva teve início a partir do ano de 2008, em cerca de dezoito Instituições de Ensino Superior Federal do Brasil, com propostas de formação semelhantes. Essas propostas de graduação surgem no contexto das modificações das Diretrizes Curriculares Nacionais à Área da Saúde (Edital SESu/MEC nº 4, de 10/12/1997 e Resoluções CNE/CES nos 3, 4 e 5/2001; 2, 3, 4, 5 e 6/2002; 1 e 2/2003 e 7 e 8/2004) e também vinculada as Diretrizes Constitucionais Nacionais para a Área da Saúde (Artigos 200, 205, 208 e 214, da Constituição Federal de 1988) (UFRGS, 2013).

Conforme foram surgindo às necessidades de mudança nos cursos da área saúde para responderem a necessidades do SUS, ampliou-se o debate sobre a formação e o modelo necessário para esse setor. Neste contexto, articulou-se a criação das graduações em saúde coletiva e a inserção de um novo perfil profissional no sistema, o Sanitarista, que se identifica como imprescindível devido aos acontecimentos da Reforma Sanitária Brasileira e da constituição do SUS.

Um dos desafios do Brasil após a criação do SUS foi à formação dos profissionais da saúde capazes de responder ao novo modelo de atenção à saúde. Desta necessidade surge, portanto, a justificativa para a criação da Graduação em Saúde Coletiva. A reforma sanitária brasileira pressupunha a reconceitualização das práticas e reflexão epistemológica em saúde, com modelos que sejam tecnologicamente competentes, formados para trabalhar em equipe, atuando com o controle social, que sejam resolutivos e com perfil crítico de gestão para a modificação de maneiras de pensar e agir em saúde (ALMEIDA, 2013).

Sendo assim, o curso de Saúde Coletiva foi criado no Brasil após vários anos de discussões sobre esta formação inovadora no campo de abrangência da saúde. Surgiu a partir de expansão dos cursos e das vagas nas universidades federais, oportunizadas pelo Projeto de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), sendo que este foi implementado pelo Decreto nº 6.096/20072, que possibilitou dar andamento aos projetos das graduações em saúde coletiva nas Universidades do país, com avanço que pode ser considerado rápido, em um contexto de falta deste profissional no meio (CASTELLANOS et al., 2013). Conforme explica Castellanos et al. (2013), podemos destacar 3 motivos aos quais foram considerados para a criação da graduação em Saúde Coletiva no Brasil.

Para iniciar a discussão sobre as necessidades para a formalização de um curso novo de graduação, em primeiro foram consideradas as demandas do SUS. Este necessitava de um profissional com atribuições do campo da Saúde Coletiva, o Sanitarista, que contasse com conhecimento aprofundado e denso. Até então a formação em Saúde Coletiva, e dos Sanitaristas, era oferecida de forma resumida nos cursos de pós-graduação, o que deixava o ensino muito frágil, considerando as muitas atribuições que compõe o campo da Saúde Coletiva e Saúde Pública.

O segundo ponto, diz respeito ao fato de que os Sanitaristas eram os profissionais já formados, advindos de outras graduações, e que ingressavam na pós-graduação em Saúde Coletiva com formação disciplinar mais engessada, ou seja, fortemente biomédica e disciplinar. Ressaltava-se a importância da graduação, sendo especificamente da Saúde Coletiva, ser formada e sustentada pela interdisciplinaridade.

Profissionais Sanitaristas graduados em saúde coletiva seriam, portanto, especialistas na área e comprometidos com os princípios e valores éticos e políticos da nova Reforma Sanitária Brasileira, considerado este como o terceiro ponto tratado pelo autor. Estes aspectos serviram de aporte norteador para a criação da graduação em Saúde Coletiva e para o emergente crescimento de profissionais Sanitaristas, considerados estratégicos ao fortalecimento do SUS (CASTELLANOS et al., 2013).

Como supracitado, a discussão é antiga, pelo menos há duas décadas já se falava no meio acadêmico sobre este profissional que era reconhecido internacionalmente. No Brasil, a criação da formação específica, passou a ser discutido mais fortemente em meados de 2002 (BOSI e PAIM, 2010). Esses autores

definem como marco para a criação da graduação em Saúde Coletiva o “I Seminário e Oficina de Trabalho de Graduação em Saúde Coletiva: pertinência e possibilidades”, realizado em 2002, em que se reconheceu, e a partir do qual se deu visibilidade, para a importância da criação do curso. O referido seminário teve o apoio do Ministério da Saúde (MS) e representantes da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), algumas Universidades, além de outros participantes.

A formação de graduação do Bacharel em Saúde Coletiva esteve por diversos anos em discussão, num contexto de crescente demanda do SUS por profissional que fosse: inovador; dotado de conhecimentos específicos para pensar nas políticas públicas com base nas principais diretrizes norteadoras do SUS (universalidade, integralidade e equidade); com capacidade para atuar em diversos níveis de atenção à saúde do SUS, mediante olhar interdisciplinar; com capacidade para atuar na área de conhecimento da Saúde Coletiva e Saúde Pública, nos campos da Epidemiologia, do Planejamento, da Vigilância, das Políticas, da Gestão, da Avaliação, da Promoção e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde (UFRGS, 2013).

Podemos destacar Bosi e Paim (2010, p.2034 e 2035), quando escrevem sobre o perfil e o modelo de formação do bacharel,

“Para além das considerações relativas ao campo e à profissionalização, a concretização do projeto de graduação na área sustenta-se em justificativas tanto de ordem técnica quanto social. Do ponto de vista da relevância social, não há dúvidas de que o processo de implantação do SUS resulta em uma demanda cada vez maior de profissionais de Saúde Coletiva por parte das organizações de saúde conquanto as instituições formadoras até o momento não tenham conseguido constituir sujeitos adequados e suficientes a esta nova realidade”.

Os autores finalizam com a constatação de que a Saúde Coletiva contemporânea está em plena “(...) maturidade teórica, metodológica, tecnológica e operativa suficiente para definir competências e articular valores que permitam a configuração de novas modalidades de profissionalização em saúde” (BOSI e PAIM, 2010, p.2037).

Atualmente a formação de Bacharéis em Saúde Coletiva pode ser considerada como desafiadora, pois foi fortemente estruturada para a

implementação da reforma sanitária e para a consolidação do direito à saúde como dever do estado.

No atual momento de redução das políticas sociais e de risco para manutenção do SUS, os graduandos e graduados Sanitaristas convivem com o receio acerca do mercado de trabalho. Sendo esta espera mais longa, já que se partia da expectativa de trabalho quase que exclusivamente conferido no setor público. Com a redução da ação do estado nas políticas sociais e da saúde, posterga-se a entrada deste profissional no campo de atuação precípua da Saúde Coletiva.

As primeiras turmas de Sanitaristas formados foram por volta de 2012, o que vem forçando o debate sobre a inserção destes egressos no campo de práticas em Saúde Coletiva no âmbito público. Devido à falta de conhecimento deste curso de graduação, criado recentemente, os editais de concursos não contemplam os graduados, pois os organizadores desconhecem a formação, inserindo nos editais outros cursos de áreas afins ou até mesmo a pós-graduação em Saúde Coletiva, excluindo desta forma as possibilidades de trabalho para o Bacharel em Saúde Coletiva.

No período entre 2012 e 2015, foram publicados 23 editais de concursos públicos e 74% foram para cargo de Sanitarista, destes, somente 8% para cargo específico de Bacharel em Saúde Coletiva e ainda 18% para afins (CEZAR et al., 2015). Diante ao exposto, podemos afirmar que, por se tratar de um curso recente, ainda é de desconhecimento dos gestores e demais trabalhadores a existência do mesmo, o que acarreta na designação das vagas para outras formações já fixadas há mais tempo e que usualmente são contempladas em editais.

Ainda sobre o mercado de trabalho, Teixeira (2010) destaca que o bacharel está apto para o desenvolvimento de seus conhecimentos, no setor público, privado e terceiro setor conforme,

“O cenário descrito permite antever uma demanda no setor público (demanda em expansão a curto, médio e longo prazo), no setor privado (na administração de sistemas e serviços de Saúde) e no “terceiro setor”, na medida em que avance a mobilização das Organizações Não Governamentais na defesa e proteção da saúde” (TEIXEIRA, 2003, p. 165).

Segundo o projeto político pedagógico da UFRGS, a graduação em Saúde Coletiva surgiu visando à transição das profissões da saúde. Voltando a formação

para um profissional dedicado ao campo de saberes e práticas e dotados de conhecimentos nas áreas de Epidemiologia, do Planejamento, da Vigilância, das Políticas, da Gestão, da Avaliação, da Promoção e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Pretendia-se a formação de trabalhadores de saúde com olhar crítico construtivo, inovador e ainda beneficiado pelo conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que são distribuídos ao longo do curso (UFRGS, 2013).

A graduação em Saúde Coletiva da UFRGS tem início no ano de 2009. E, propôs-se a formar profissional com alto padrão de qualidade, de análise crítica capaz de contribuir com as políticas de saúde, com os conhecimentos específicos demandados à profissão de Sanitarista, considerando os princípios de ética e bioética, e que respondam as demandas do SUS (UFRGS, 2013).

No curso de graduação criado pela UFRGS, destaca-se como competências e habilidades do graduando:

“a) atuar profissionalmente dentro do conhecimento da Saúde Coletiva orientando-se pela subárea da Saúde Pública; b) conhecer o contexto das políticas e práticas considerando os territórios e necessidades em saúde; c) atuar no controle social; d) entender a integralidade na saúde como direito de condições dignas de vida; e) atuar com análise e gerenciamento de projetos de políticas institucionais e protetoras tanto na área de vigilância, promoção e educação, quanto no planejamento e gestão; f) ser crítico e inovador para identificar necessidades de saúde determinantes e condicionantes, da saúde; g) atuar na gestão de trabalho; h) desenvolver atividades de pesquisas de impacto na saúde, apoio e desenvolvimento mercadológico de novos programas; i) atuar na promoção da saúde; j) interferir na dinâmica do trabalho institucional criticamente, assumir compromisso ético, político e social com o trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde; k) interferir na pesquisa, desenvolvimento e tecnologia em defesa do compromisso da ciência, tecnologia e inovação com o direito à saúde e qualidade de vida; l) realizar atividades de saúde ambiental; m) desenvolver as demais atividades definidas em normas dos sistemas e serviços de saúde” (UFRGS, 2013).

Considerando o exposto, sobre as habilidades e competências do Bacharel em Saúde Coletiva, pode-se inferir sobre a potencialidade da atuação deste profissional e a importância para o desenvolvimento de ações com qualidade, preconizadas na PNAB que será apresentada na sequência.

3. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A PNAB foi constituída a partir das experiências acumuladas e os acontecimentos marcantes para o setor da saúde, com destaque à Reforma Sanitária, que se constitui coma criação e consolidação do SUS.

Nesta construção de políticas, destaca-se a importância de um sistema com princípios e diretrizes voltado ao conjunto de fatores que incidem sobre o processo saúde-doença da população, descrever a importância da construção de porta de entrada e as características e processos específicos de implementação, visando ser resolutiva nas suas ações e envolvendo todos os atores sociais neste processo (movimentos sociais, as três esferas de governo, trabalhadores e usuários).

A reformulação da PNAB, ocorrida no ano de 2011, sinaliza, entre outras questões, para: a) AAB fortalecida e ordenadora das redes de atenção; b) atualiza conceitos na política e introduz elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção; c) Avança na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que atue na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção; d) Aponta, ainda, para o reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil (BRASIL, 2012).

Sobre essas novas modelagens, a política de 2011 previu que, além dos diversos formatos de EqSF já existentes, houvesse também a inclusão de equipes de AB para a população de rua (Consultórios na Rua), a ampliação do número de municípios que podem ter NASF e facilitou as condições para que sejam criadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Fluviais e EqSF para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2012).

A nova PNAB articula a AB com outras importantes iniciativas do SUS, tais como: a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde; a universalização do Programa Saúde na Escola e expansão dele às creches; a implantação de polos da Academia da Saúde; a implementação das equipes do Melhor em Casa que visam ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar (AD); o Telessaúde; a integração dos sistemas de informação e; a nova política de regulação que apontam para a ampliação da resolubilidade da AB e, para a continuidade do cuidado do usuário que precisa da atenção especializada (BRASIL, 2012).

Nesta reformulação constitui-se então em suas diretrizes e no conjunto de objetivos, a perspectiva de atingir uma saúde integral dos usuários e uma política fortemente voltada para o desenvolvimento e construção de ações em saúde focadas no incremento de práticas, individuais e coletivas, incidindo assim sobre os determinantes e condicionantes de saúde, incorporando os campos da promoção, da proteção, da prevenção dos agravos e redução de danos e os tratamentos de manutenção à saúde (diagnóstico, tratamento e reabilitação). Estas ações propiciam a qualificação da situação de saúde dos territórios e dos usuários, além de aproximar os profissionais de saúde com estas comunidades.

A AB, conforme a PNAB,

“É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem estas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidade de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (BRASIL, 2012, p. 19).

A AB contemporânea inicia-se em novo ciclo de tarefas, que visa estarem conectadas às necessidades das coletividades, descentralizando suas atividades e a forma de fazer saúde. Orienta-se pelo princípio de constituir-se como porta de entrada para os usuários, conforme supracitado, de fácil acessibilidade a Rede de Atenção à Saúde (RAS), mantendo desta maneira laço de continuidade no cuidado com cada indivíduo.

Busca-se através desta proposta, a proximidade de atuação dos serviços de saúde com os territórios e as pessoas, sendo o mais abrangente possível facilitador das ações de proteção, prevenção e promoção da saúde. Pretende envolver todos os atores nesta integração, auxiliando no processo de inclusão social que garante assistência à saúde integralizada.

As diretrizes e fundamentos da AB são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Diretrizes e fundamentos da AB previstos na PNAB

<p>A) Ter território adscrito, que permita planejamento, programação descentralizada e desenvolvimento de territórios onde ações setoriais e intersetoriais tenham impacto na situação, nos determinantes e nos condicionantes de saúde destas comunidades, garantindo o princípio da Equidade.</p>
<p>B) Acesso universal e contínuo ao Serviço de Saúde com qualidade, ofertas resolutivas, acessibilidade, vinculação, responsabilização e acolhimento aos usuários, garantindo que a AB seja a porta de entrada e preferencial à Rede de Atenção.</p>
<p>C) Desenvolver vínculos com os usuários, a fim de garantir continuidade de ações de saúde e longitudinalidade ao cuidado, equipes ou profissionais de referência.</p>
<p>D) Coordenar a integralidade com ações programáticas e de demanda espontânea e assim desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manejo das diferentes tecnologias de cuidado e gestão, bem como a ampliação da autonomia dos usuários e coletividade, como ponto focal o trabalho multiprofissional e interdisciplinar no cuidado integral do usuário e da rede de atenção.</p>
<p>E) Ampliar a participação dos usuários gerando autonomia na construção do cuidado, das pessoas e do seu território, no enfrentamento de determinantes e condicionantes de saúde, organização e orientação dos serviços de saúde centrados no usuário e no controle social. Garantir que a AB e demais estratégias sigam as diretrizes do SUS.</p>

Fonte: BRASIL, 2012, p. 20 a 23.

Dentre os dispositivos para implementar as mudanças na AB no Brasil, previstas na PNAB, destaca-se a ESF e a implantação dos NASF que serão apresentadas no próximo capítulo.

4. A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF tem a função de contribuir para remodelar a AB no Brasil, com o intuito de formar uma rede de assistência integral à saúde e uma forma de vincular o usuário, a coletividade e o território com uma unidade de saúde perto das suas residências. Esta proposta visa oportunizar a troca de experiências, a melhoria de condição de saúde, o beneficiamento do controle social e assim obter maior relação entre a efetivação das ações e a diminuição de custos na rede de serviços. E ainda, com a garantia de que seja a porta de entrada ao SUS e de fácil acessibilidade, com a proximidade junto à comunidade a fim de evitar o adoecimento. Cabe destacar a proximidade e o vínculo que é criado a partir da ESF presente nas comunidades, o adoecimento pode ser evitado e solucionado ainda utilizando outros mecanismos, com ações de boas práticas da promoção à saúde, o que confirma a importância desta política para o SUS.

A ESF prevê equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família (SF) ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em SF, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em SF, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Ainda podemos destacar na ESF a inserção dos ACS, que devem cobrir 100% da população cadastrada, com no máximo 750 pessoas por ACS, e 12 ACS por EqSF e estas devem ser responsáveis por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil. O quadro de profissionais para compor as EqSF deve ser cadastrado somente em uma equipe, exceto o médico que poderá atuar em até duas equipes (BRASIL, 2012).

O modo de trabalho que as equipes assumem deve verificar, primeiramente, a acessibilidade dos usuários aos serviços e construir vínculo com esta comunidade adstrita. O papel assumido pelas equipes, portanto, é montado a partir de um território de referência, e, é de responsabilidade sanitária desta equipe os usuários do local. A proposta é de que esses usuários passem a ser acompanhados, visando a longitudinalidade do cuidado, sendo que as pessoas dos territórios devem ser

cadastradas e a informação encaminhada para um sistema, conforme prevê a política específica.

Para auxiliar as EqSF, cria-se em 2008 pelo MS e torna-se regulamentado pela Portaria nº 2.488 de outubro de 2011, o NASF. Esta modalidade de trabalho assume o compromisso de operacionalizar diversas dimensões da integralidade da atenção (FRAGELLI, 2013). Como um novo modelo de atenção e gestão, para garantir o cuidado da AB (PAIM e PINTO, 2013) este programa, em suma, tem como objetivo o fortalecimento das RAS e ampliação da abrangência das ações da AB, bem como à resolubilidade destas.

Com os NASF foram inseridos profissionais que antes não faziam parte da AB nas equipes. Esta inserção proporcionou nova perspectiva de trabalho, de conhecimentos e práticas para contribuir com a resolução mais eficiente das demandas recebidas pelos serviços. Torna-se essencial para o enfrentamento dos problemas mais complexos enfrentados no dia-a-dia. A atuação na AB demanda a formação de novas competências e habilidades a serem adquiridas por essas equipes e profissionais de diversas áreas de formação, devendo envolver a intersetorialidade, interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade.

A proposta é de que estes núcleos não se configurem como serviço em unidades físicas de livre acesso aos usuários, portanto, os trabalhadores do NASF devem atuar em conjunto com as EqSF nas unidades já existentes. O papel do NASF, junto a estas, é de atuar como apoio matricial ou institucional, ou seja, unificadamente a estes profissionais, compartilhando as práticas em saúde e contribuir para a integralidade do cuidado, bem como, auxiliar na análise e intervenção sobre as necessidades de saúde, seja clínica ou sanitária.

Para construir estas equipes de apoiadores, de forma a ser resolutive, a PNAB prevê que o núcleo deve ser composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, sendo que a definição destes, em cada município, é escolhida de acordo com as demandas identificadas nos territórios. Com a reformulação aos modos de pensar em saúde, a PNAB de 2011 exemplifica as atividades pertinentes ao NASF, sendo que seu leque de ações pode ser ainda mais amplo dependendo dos profissionais escolhidos e das necessidades em saúde existentes.

Esta nova forma de pensar em saúde, que traz o envolvimento de profissionais de diferentes formações, instigando a familiarização com a intersetorialidade, aponta para percepções dos profissionais que facilitam a

elaboração de intervenções terapêuticas oportunas. Com a atuação multiprofissional, é possível abordar conjunto de temas de modo a criar planos de ação e implementar a educação permanente, visando atender as dúvidas e necessidades dos profissionais da saúde e também dos usuários e suas comunidades. Na medida em que os olhares multiprofissionais ampliam a capacidade de intervenção, as necessidades em saúde dos usuários vão sendo contempladas, pois não se atua somente na doença pré-existente, mas no todo, deixando de ser assistência à saúde clinicista e centrada em procedimentos.

O NASF pode ser caracterizado em três modalidades: NASF 1, NASF 2 e NASF 3. O NASF 1 deve ter ao menos 200 horas de trabalho de equipe multiprofissional por semana, sendo que nenhuma das categorias profissionais que compõem a equipe poderá apresentar carga horária inferior a 20 horas ou superior a 80 horas por semana. Cada equipe de NASF 1 apoia no mínimo 5 EqSF e no máximo 9.

O NASF 2 prevê ao menos 120 horas de trabalho por semana, sendo que nenhum das profissões que o compõe poderá apresentar carga horária inferior a 20 horas ou superior a 40 horas por semana. Este está vinculado a no mínimo 3 e no máximo 4EqSF.

E, por fim, com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, cria o NASF 3, que apoia de 1 a 2 EqSF com no mínimo 80 horas de trabalho por semana, sendo que os profissionais não podem apresentar menos de 20 horas semanais ou mais de 40 horas. Esta definição de porte para os núcleos possibilita que qualquer município do Brasil, que tenha pelo menos uma EqSF, conforme a legislação vigente possa implantar núcleos de apoio, com garantia de financiamento federal (BRASIL, 2016).

Os profissionais que podem compor o NASF variam de acordo com as necessidades específicas do local. Esta escolha é definida pelo gestor municipal, com base nas análises sobre as necessidades em saúde, critérios e prioridades identificados com a contribuição das EqSF. Segundo a PNAB:

“Poderão compor os NASF, conforme ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO), os seguintes profissionais: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica),

médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde Sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas” (BRASIL, 2012, p. 72).

A política ainda explicita a possibilidade da presença do profissional Sanitarista no NASF, conforme destacado na pesquisa, este profissional também pode ser o profissional formado em saúde coletiva na graduação.

Destaca que o Sanitarista pode reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial, em especial sinaliza para o desenvolvimento das tarefas de análise e intervenção, que impactam sobre os riscos coletivos e vulnerabilidades das populações que vivem nos territórios de referência das EqSF. A política, portanto, reafirma a atuação do Sanitarista mediante seu leque de conhecimentos, com base nas suas habilidades e competências como de suma importância para o desenvolvimento da saúde de forma integral.

Em 2008, ano de início das atividades, foram cadastradas no Brasil, 395 equipes de NASF. Considerando as 3 modalidades, em 2016, são aproximadamente 4.195 equipes cadastradas, o que reforça o crescimento e consolidação do programa nacionalmente (BRASIL, 2016).

Percebe-se que o NASF tem importante papel de, conjuntamente com a EqSF, agir para reforçar as diretrizes preconizadas pela PNAB. Em especial, a interdisciplinaridade, com a renovação de conceitos; intersetorialidade, que gera maior facilidade na descoberta do agir e novo arranjo para articular intervenções em saúde e educação popular; a territorialização dos indivíduos e coletividade, que facilita o reconhecimento das necessidades e garante a integralidade no cuidado; o controle social; a educação permanente em saúde; promoção em saúde, entre outras.

As diretrizes apresentadas também são expressas para a formação do profissional Sanitarista, conforme apresentado anteriormente. As possibilidades de atuação dos profissionais Sanitarista no NASF, por se tratar de propostas que são recentes no SUS, ainda estão para ser criadas e assim contextualizar o objetivo desta pesquisa. Cabe destaque neste cenário, a atuação nos NASF e, portanto, o papel de apoio matricial ou institucional as EqSF, tema que será exposto do próximo capítulo.

5. APOIO MATRICIAL E INSTITUCIONAL

O apoio surge como nova proposta de arranjos na construção entre sujeitos e as organizações das RAS. É uma estratégia que busca maior entendimento dos saberes e práticas em saúde, inserido nas políticas do SUS, visa à autonomia das equipes em solucionar os problemas existentes *in loco*. Pretende-se que o apoio auxilie nas modificações necessárias para a ampliação da capacidade de atenção das equipes e para remodelar as formas de fazer gerência.

Parte-se do pressuposto que todos precisam estar inseridos nos processos, para efetivamente, buscar-se melhores formas de organizar os serviços e equipes de saúde, avaliando e planejando em conjunto. A atuação conjunta da equipe, com a presença de apoiadores, pretende agregar formas diferentes de saberes e impactar os resultados. Neste sentido, pode-se dizer que a proposta é que todos estejam envolvidos nos processos e reflexões, buscando o alcance de melhores níveis de saúde para os usuários e, efetividade dos serviços.

O conceito de apoio teve seu início mais acentuado quando Campos et al. (2014) apresenta esse termo no bojo da produção sobre o método Paidéia. Este foi proposto como nova maneira gestão, de trabalho interpessoal, com a articulação de saberes e práticas de diversas áreas do conhecimento, assim constatando, que o apoio:

“(…)é o trabalho realizado para ampliar a capacidade das pessoas para lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmas, aos outros e ao contexto. Em consequência, pretende contribuir para o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos; ampliando, enfim, a possibilidade de ação dessas pessoas sobre todas essas relações”(CAMPOS et al., 2014, p.985).

As formas de apoio que foram constituídas, e estão presentes na PNAB como tarefa do NASF é o apoio matricial e institucional. Este seria estratégia para as mudanças necessárias nos serviços de saúde, para a construção das RAS e para auxiliar os profissionais das equipes no cuidado das pessoas de dado território.

Oliveira e Campos, destacam que as metodologias do Apoio Matricial e Apoio Institucional começaram a ser utilizadas no SUS pelas equipes da rede básica em Campinas na década de noventa, como forma de reinventar a construção das

redes de atenção à saúde mental, passando a ser incorporada por outros serviços e estados posteriormente.

Sobre o apoio matricial Oliveira e Campos. (2015, p.231) acrescenta ainda que,

“(…) seja um modo para organizar o trabalho interprofissional, pode ser entendido também como arranjo organizacional, ou lugar estrutural (cargo), a partir do qual se trabalha eminentemente com a função apoio. É o que ocorreu com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Nas duas dimensões, propõem-se três diretrizes: levar a lógica do apoio e da cogestão para as relações interprofissionais; lidar a partir do referencial da interdisciplinaridade com processos sociais, sanitários e pedagógicos e; construir equipes multiprofissionais com corresponsabilização no cuidado em saúde”.

O apoio matricial é resultado da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os elementos de uma equipe de referência (a EqSF que tem a responsabilidade sobre os casos e a proximidade com a comunidade) e os diferentes especialistas que oferecem apoio matricial (NASF). Acredita-se que a EqSF deve definir os critérios para que sejam acionadas as equipes de apoio matricial e estes encontros devem ser de forma continuada. O apoio matricial, conforme Campos e Domitti (2007), trata-se de arranjo organizacional para a gestão dos serviços de saúde entre as diferentes profissões para compor um diagnóstico integral e preciso, sem a fragmentação do cuidado (interdisciplinaridade) e constituindo vínculos em equipe e rede.

O apoio institucional tem como objetivo reformular os modelos existentes de fazer gestão, trazendo todos os atores envolvidos à discussão, entre gestores e trabalhadores ou também entre os serviços, resultando na cogestão. Considera-se que “o apoio parte da pressuposição de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder” (CAMPOS et al., 2014, p.987).

Considera-se que as atividades denominadas apoio institucional ou matricial fazem parte das atribuições a serem desenvolvidas pelos Bacharéis em Saúde Coletiva, conforme destacamos em capítulo anterior, as habilidades e competências deste profissional abrangem e suprem as demandas necessárias para trabalhar em equipe e exercer o papel de profissional apoiador. A seguir destacaremos as possibilidades da atuação no Sanitarista no NASF.

6. O SANITARISTA NO NASF

O trabalho realizado no dia-a-dia das EqSF acaba sendo cheio de afazeres devido ao fluxo de pessoas que as unidades recebem e as demandas apresentadas por estas, que necessitam de atenção para resolução ou encaminhamento. Nascimento e Oliveira (2010) destacam que as agendas das equipes da AB muitas vezes acabam sendo compostas somente pelas tarefas protocoladas, que ocupam o horário com o preenchimento de procedimentos já definidos e a busca pelas metas mensais, perdendo assim a qualidade do serviço realizado. Para esses autores, o NASF, incorporado a estas equipes, aporta possibilidade de resolutividade às ações, contribuindo para que o cuidado seja qualificado e adequado, através do acompanhamento das equipes e dos usuários por meio de problematização dos casos e da realidade no cotidiano.

As competências e habilidades exigidas para os trabalhadores da saúde atualmente vão além das técnicas assistências. Cada vez mais se demanda engajamento, conhecimentos sobre o campo da Saúde Coletiva e Saúde Pública e olhar crítico sobre as necessidades dos usuários e os protocolos pré-determinados. Essas características são indispensáveis aos trabalhadores do NASF. Ainda observa-se déficit de profissionais capacitados com essas competências e habilidades no SUS.

“O trabalho no NASF solicita que a formação inicial e a educação permanente dos profissionais da saúde favoreçam o desenvolvimento de habilidades e competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais de um dado território, assim como para planejar intervenções em saúde capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência e desenvolver ações educativas estimulando o auto-cuidado e emancipação” (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010, p.95).

Com as reflexões sobre essas novas competências e habilidades demandadas aos profissionais para o processo de trabalho, que visam repensar as práticas em saúde, torna-se explícito a pertinência da inserção do profissional Bacharel em Saúde Coletiva nos NASF. Conforme já apresentado, o Sanitarista está dotado de conhecimentos específicos para atuarem de forma resolutiva com base nessas necessidades.

Mediante as análises, podemos verificar que a formação do Bacharel em

Saúde Coletiva agrega enorme diversidade de conhecimentos para compor a sua bagagem. Entre elas, destaca-se práticas e habilidades com ênfase na multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade na formação curricular. Todas essas características são estratégicas para trabalhar com equipes e em redes de atenção, bem como confere as qualificações para o Sanitarista atuar efetivamente no NASF.

O Quadro 2 sistematiza as correlações entre as competências e habilidades do Bacharel em Saúde Coletiva e as diretrizes da PNAB e, portanto, as demandas da atuação do NASF.

Quadro 2 – Correlação entre as competências e habilidades do Bacharel em Saúde Coletiva e as diretrizes da PNAB para o NASF

Diretrizes da PNAB:	Competências e Habilidades do Sanitarista:
Planejamento, programação descentralizada para o território de cada equipe.	Implementar atividades de planejamento, gestão e avaliação de ações, programas, serviços, sistemas e redes de saúde.
Ações setoriais e intersetoriais que tenham impacto na situação de saúde do território.	<p>Reconhecer a saúde como direito a condições dignas de vida e implementar atividade de saúde ambiental, dando consequência ao desenvolvimento da interface saúde e ambiente, saúde e moradia, saúde e trabalho, saúde e desenvolvimento local.</p> <p>Implementar atividades de apoio no desenvolvimento mercadológico de novos programas e de resposta às necessidades em saúde, além de atividades de ensino envolvendo domínios de conhecimento como educação e comunicação; educação permanente em saúde e educação de profissionais de saúde; educação popular em saúde; práticas multiprofissionais e trabalho em equipe. Ser capaz de analisar situações de saúde; organizar, dirigir e implementar atividades referentes à formulação e execução (...) políticas protetoras de promoção, vigilância e educação da saúde.</p>
Agir sobre os determinantes e condicionantes de saúde destas comunidades, garantindo o princípio da Equidade.	Identificar necessidades em saúde, seus determinantes e condicionamentos, segundo os padrões epidemiológicos, demográficos, culturais, socioeconômicos e de vigilâncias (epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador).

<p>Acesso universal e contínuo ao Serviço de Saúde com qualidade, ofertas resolutivas, acessibilidade, vinculação, responsabilização e acolhimento aos usuários, garantindo que a AB seja a porta de entrada e preferencial à Rede de Atenção.</p>	<p>Atuar de forma a garantir acesso às ações e serviços de saúde, integralidade da atenção e resolutividade das práticas de proteção da saúde.</p> <p>Ser capaz de analisar situações de saúde; organizar, dirigir e implementar atividades referentes à formulação e execução de políticas institucionais de planejamento, gestão e avaliação em saúde, demanda espontânea e qualificar todos os processos de planejamento, garantido a partir da análise de situação do território, que este seja adequada a oferta do serviço.</p>
<p>Coordenar a integralidade com ações programáticas e de demanda espontânea.</p>	
<p>Desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação.</p>	<p>Ser capaz de analisar situações de saúde; organizar, dirigir e implementar atividades referentes à formulação e execução de políticas institucionais de planejamento, gestão e avaliação em saúde e políticas protetoras de promoção, vigilância e educação da saúde.</p>
<p>Manejo das diferentes tecnologias de cuidado e gestão,</p>	<p>Atuar profissionalmente, compreendendo a saúde coletiva em suas dimensões e expressões e suas áreas de domínio no conhecimento específico de saúde, orientando-se pela subárea da Saúde Pública.</p>
<p>Ampliação da autonomia dos usuários e coletividade.</p>	<p>Implementar atividades de comunicação interna e externa que viabilizem o direito à informação às pessoas, organizações e movimentos populares sobre a saúde individual e coletiva, bem como viabilizarem a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário.</p>

<p>Trabalho multiprofissional e interdisciplinar no cuidado integral do usuário e da rede de atenção.</p>	<p>Assumir compromisso ético, político e social com o trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde.</p>
<p>Desenvolver vínculos com os usuários, a fim de garantir continuidade de ações de saúde e longitudinalidade ao cuidado, equipes ou profissionais de referência.</p>	<p>Atividades de ensino envolvendo domínios de conhecimento como educação e comunicação; educação permanente em saúde e educação de profissionais de saúde; educação popular em saúde; práticas multiprofissionais e trabalho em equipe.</p> <p>Ser capaz de analisar situações de saúde; organizar, dirigir e implementar atividades referentes à formulação, execução e políticas protetoras de promoção, vigilância e educação da saúde.</p>
<p>Ampliar a participação dos usuários gerando autonomia na construção do cuidado, das pessoas e do seu território, no enfrentamento de determinantes e condicionantes de saúde, organização e orientação dos serviços de saúde centrados no usuário e no controle social. Garantir que a AB e demais estratégias sigam as diretrizes do SUS.</p>	<p>Implementar atividades de comunicação interna e externa que viabilizem o direito à informação às pessoas, organizações e movimentos populares sobre a saúde individual e coletiva, bem como viabilizarem a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário.</p> <p>Estabelecer relações de análise e implicação ética com o controle social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões.</p>

Fonte: BRASIL, 2012, p. 20 a 23; UFRGS, 2013.

A cerca da atuação do Bacharel em Saúde Coletiva, apresentamos como justificativa deste trabalho, a inserção de tal profissional no NASF, conforme as análises das habilidades e competências expostas no projeto político pedagógico em que são referenciadas suas potencialidades e podendo assim comparar com as diretrizes preconizadas na PNAB.

Nas ações de planejamento e programação para o território das equipes do NASF, o Sanitarista pode contribuir a partir do conjunto de conhecimentos sobre a teoria das organizações com modelos de planejamento para a gestão e pessoal. E ainda, o bacharel pode colaborar com os modelos de trabalho voltados à educação, as políticas e o gerenciamento em saúde, que se fazem necessários para estes serviços terem a devida eficácia.

Este profissional pode ainda realizar auditoria, regulação e avaliação em saúde, trazendo assim, inovação para os serviços, sendo empoderado para atuar com o manejo de diferentes tecnologias de cuidado e gestão, evidenciando sua capacidade no desenvolvimento destas atividades na RAS.

Nas ações setoriais e intersetoriais que tem impacto na situação de saúde do território, destaca-se a formação do Sanitarista na área de promoção da saúde. Conforme seu conhecimento pode utilizar-se de atividades que envolvam educação e comunicação em saúde e ainda podendo desenvolver ações que vão desde a promoção, prevenção de agravos, vigilância, tratamento e reabilitação da saúde.

Uma das ações frisadas nas políticas é a educação permanente nos serviços de saúde e também a atuação multiprofissional, que auxiliam na reformulação dos trabalhos em equipe facilitando o reconhecimento das reais necessidades de cada território (programas e políticas para grupos específicos, respeitando as diferentes culturas, movimentos sociais, etc.).

Nas ações de vigilância podemos destacar ações para identificar os determinantes e condicionantes de saúde destas comunidades, o qual garante o princípio da equidade, conforme preconiza a diretriz da PNAB. O Sanitarista está apto para realizar atividades investigação que envolva a epidemiologia, esta garante a competência para realizar análise de dados de indicadores em saúde, podendo produzir análise da situação de saúde dos territórios. A atuação também é possível na vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador, com práticas de biossegurança, análise de risco, demografia, geoprocessamento de dados e demais determinantes de saúde específicos de cada território.

Nas ações que garantem o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde e a qualidade. O Sanitarista compreende que estas ofertas devem ser resolutivas e de fácil acesso, a fim de manter a vinculação do usuário com o serviço. Além de garantir que a AB seja a porta de entrada na RAS, se responsabilizando e acolhendo as demandas e também garantindo a integralidade com ações programáticas e de demanda espontânea. Neste caso o Sanitarista pode contribuir para qualificar todos os processos de planejamento e gestão, garantido, a partir da análise de situação do território, que oferta dos serviços seja adequada as necessidades em saúde.

Relacionado ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar de cuidado integral com o usuário na RAS, o Bacharel está apto para assumir posições de liderança e de coordenação dos serviços e dos processos de trabalho, visando à proteção da saúde e interesses coletivos, se comprometendo e tendo responsabilidade ética. Tal posição garante que sejam tomadas decisões mais resolutivas para os serviços e a RAS consiga fluxo mais dinâmico e resolutivo.

Sendo assim, com base na diretriz que preconiza o vínculo com os usuários, a fim de garantir continuidade de ações de saúde e longitudinalidade do cuidado, equipes ou profissionais de referência, podemos destacar que a organização dos serviços e dos processos de trabalho torna-se essencial. Neste caso o Bacharel em Saúde Coletiva tem, entre suas competências e habilidades, o desenvolvimento da gestão participativa e colegiada e ferramentas que potencializam a gestão do trabalho nas unidades de saúde.

O graduado em Saúde Coletiva já sai da Universidade com bagagem considerável de conhecimentos e práticas nos dois eixos apresentados no Projeto Político Pedagógico da sua formação. O primeiro é o eixo do planejamento, gestão e avaliação e o segundo da promoção, vigilância e educação. Estes eixos transformam-se em habilidades e competências a fim de garantir a construção de vínculos entre equipes, usuários, comunidade, serviços e RAS, expandindo desta forma as informações, a capacidade de utilização dos serviços em rede e garantindo atenção integral à saúde, de fácil acessibilidade e qualidade no SUS.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou identificar a possibilidade e pertinência da inclusão do Sanitarista no apoio as EqSF. Este estudo também pode orientar aos gestores e tomadores de decisões quanto aos ganhos na qualificação da atenção à saúde, advindos da inserção dos Sanitaristas no NASF. As ações que os profissionais Sanitaristas podem desenvolver nos núcleos de apoio, conforme explicitadas neste trabalho, servem para demonstrar as contribuições deste trabalhador quando inserido nesta equipe.

O curso de graduação em Saúde Coletiva visa formar um profissional qualificado para atuar nas áreas de planejamento, gestão e avaliação em saúde, bem como na promoção, vigilância e educação da saúde, individual e coletiva. A formação de Sanitarista visa a preparação de um profissional apto para analisar criticamente as situações e ações em saúde, comprometido com o SUS e com a cidadania. Um profissional ético e com responsabilidade para garantir o fortalecimento das políticas, a descentralização dos modos de fazer gestão, facilitando o processo do controle social e intersectorialidade e garantindo atenção integral à saúde da população.

Portanto, com a participação do Bacharel em Saúde Coletiva no NASF as ações desenvolvidas por este núcleo ampliam-se. O Sanitarista pode oferecer apoio matricial e institucional às equipes, propondo, coordenando e desenvolvendo análises sobre a situação de saúde da população, contribuindo para a identificação dos determinantes e condicionantes em saúde, construindo indicadores e informações mais detalhadas sobre a comunidade referenciadas.

As ações desenvolvidas pelo Sanitarista no NASF podem propiciar metodologias qualificadas que contribuam com a organização dos processos de trabalho baseados nas reais necessidades em saúde dos usuários e as potencialidades de cada equipe, ampliando o acesso e a qualidade da atenção à saúde, por fim, o cuidado integral à saúde.

As comparações aqui produzidas, entre as ações de saúde que são pertinentes ao NASF, e as habilidades e competências do Sanitarista para estar à frente da realização de tais feitos, são apenas alguns exemplos da capacidade deste profissional, cuja formação está comprometida com a construção adequada de uma rede de saúde com qualidade e resolutividade.

A história da Saúde Coletiva no Brasil e a necessidade da reformulação na educação dos profissionais da saúde foram os subsídios para a criação desta formação, a do Bacharel em Saúde Coletiva. Conforme destacado nesta pesquisa, este profissional pode atuar nos NASF, ou em qualquer outro setor da saúde pública ou privada. Ampliando ainda mais as ações que podem ser desenvolvidas no sistema e nos serviços de saúde, pois os bacharelados foram criados aos moldes das diretrizes preconizadas pelo SUS, portanto, acredita-se que o Sanitarista é um profissional comprometido com a sua consolidação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.677-1682, 2013.

BOSI, M.L.M.; PAIM, J.S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.4, p.2029-38, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>. Acesso em: 13 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

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

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

CAMPOS, G.W.S.; FIGUEIREDO, M.D.; PEREIRA JUNIOR, N.; CASTRO, C.P. de. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, v.18, s.1, p.983-95, 2014.

CASTELLANOS, M.E.P.; NUNES, T.C.M.; GIL, C.R.R., PINTO, I.C. de M.; BELISÁRIO, S.A.; VIANA, S.V.; CORREA, G.T.; AGUIAR, R.A.T. de. Estudantes de graduação em saúde coletiva – perfil sociodemográfico e motivações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1657-66, 2013.

CEZAR, D. M.; RICALDE, I.G.; SANTOS, L.; ROCHA, C.M.F.O Bacharel em Saúde Coletiva e O Mundo do Trabalho: Uma Análise sobre Editais para Concursos Públicos no Âmbito do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Redes**, v.1, n.4, p.65-73, 2015.

FRAGELLI, T.B.O. **Análise das Competências Profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, UnB, Brasília, DF.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v.34, n.1, p.92-6, 2010.

OLIVEIRA, M.M.; CAMPOS, G.W.S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Col.**, v.20, n.1, p.229-38, 2015.

PAIM, J.S.; PINTO, I.C.M. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. **Rev. Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.15-35,2013.

SILVA, C.P. **A Contribuição e o Papel Do Sanitarista no Programa Saúde na Escola Sob a Perspectiva dos Graduandos de Saúde Coletiva**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, UnB, Brasília, DF.

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

UFRGS. **Projeto Pedagógico Do Curso De Saúde Coletiva**. 2013. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=PROJETO+PEDAG%C3%93GICO+DO+CURSO+DE+SA%C3%94ADE+COLETIVA&oq=PROJETO+PEDAG%C3%93GICO+DO+CURSO+DE+SA%C3%94ADE+COLETIVA&aqs=chrome..69i57j69i59.519j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>>. Acesso em: 04/05/2016.