

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

**A INOVAÇÃO DA SAÚDE COLETIVA NA ATENÇÃO
TERCIÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

LISIANE GREGIS POERSCH

PORTO ALEGRE 2015

LISIANE GREGIS POERSCH

Artigo apresentado como trabalho de conclusão de curso, requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva, Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professora Orientadora:

Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

PORTO ALEGRE 2015

A INOVAÇÃO DA SAÚDE COLETIVA NA ATENÇÃO TERCIÁRIA:

UM RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

INNOVATION OF COLLECTIVE HEALTH IN TERTIARY ATTENTION : AN EXPERIENCE REPORT

Lisiane Gregis Poersch², Cristianne Maria Famer Rocha³

1. Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a ser apresentado à Revista *Ensino, Saúde e Ambiente*, segundo as normas de submissão de artigos do Anexo 1

2. Acadêmica do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: lisi_gregis@hotmail.com

3. Orientadora, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do

Sul (UFRGS). E-mail: cristianne.rocha@ufrgs.br

RESUMO: Este artigo surgiu da necessidade de reflexão sobre minha vivência durante o estágio obrigatório do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tem como objetivo, evidenciar a importância da atuação do Sanitarista⁴ na Atenção Terciária e como ocorreu a imersão e reconhecimento desse profissional ao longo do tempo, a partir da experiência em um serviço de alta complexidade. Utilizo, para a realização deste trabalho o relato de experiência, uma metodologia que me permitiu maior fidelidade das práticas realizadas no período de experiência, levando em conta as subjetividades presentes nos relatos, os quais ocorreram durante o Estágio Curricular Obrigatório do Bacharelado em Saúde Coletiva, referente ao eixo Planejamento, Gestão e Avaliação da Saúde, no Serviço de Enfermagem de um Hospital Universitário de ampla capacidade. O Sanitarista possui formação voltada para a análise crítica e propositiva de realidades. Assim sendo, esse profissional pode vir a exercer um papel de destaque na atenção terciária.

Palavras-Chaves: Relato de experiência; Atenção terciária; Saúde Coletiva.

ABSTRACT: This article grew out of a need to reflect on my experiences during the compulsory stage of the Course in Collective Health of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS). It aims to report my experience, highlighting the Healthcare Professionals performance importance in Tertiary Care and how the immersion and the professional recognition were over time. I use for this work the experience report, a methodology that allowed me to be more faithful regarding the practices carried out from experience, taking into account the subjectivity present in the reports, which occurred during the Curricular Training Required Bachelor's in Public Health, referring to the axis Planning, Management and Health Assessment in Nursing Service a university hospital of ample capacity. The Sanitarian has focused training for critical and purposeful analysis of realities. Therefore this professional may come to play a prominent role in tertiary care.

Key Words: Experience report; Tertiary care, Colective Health

APRESENTAÇÃO

Este estudo surgiu da necessidade de reflexão sobre minha vivência durante o Estágio Obrigatório do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, referente ao eixo de Planejamento, Gestão e Avaliação da Saúde, realizado junto à Supervisão Noturna do Serviço de Enfermagem de um Hospital Universitário de ampla complexidade, no período de dezembro de 2014 a maio de 2015.

A Atenção Terciária ou Alta Complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização, e compreende o manejo de tecnologias duras presentes no ambiente hospitalar. A disponibilidade de Atenção Terciária em saúde é imprescindível, sobretudo porque a garantia do direito à saúde no Brasil está permeada pelo princípio da integralidade.

O trabalho desenvolvido pelo Sanitarista¹ busca, de um modo especial, a construção da integralidade e da intersetorialidade nas atividades de coordenação institucional de ações, planos, programas, serviços, sistemas e redes de saúde e de participação na promoção e proteção da saúde das pessoas e coletividades. O ideário desse profissional se deve ao trabalhar evidenciando questões oriundas de levantamento de necessidades, de operar com técnicas de programação e planejamento, de operar com a vigilância epidemiológica. Essas e outras ações, o Sanitarista tem habilidade e, embasamento para desenvolver. Nesse sentido, o trabalho construído por esse visa amparar o setor de políticas públicas da saúde e a área de conhecimento das ciências da saúde, pois este profissional possui uma “formação inovadora, fundamentalmente contemporânea e com forte atuação no âmbito intersetorial” (UFRGS, 2008, p.1).

No período de realização do estágio, recebi algumas indagações de vários profissionais em relação ao papel desempenhado pelo Sanitarista dentro de um hospital e o objetivo da minha presença nesse serviço. Aos profissionais que haviam me perguntado – em geral, enfermeiros e técnicos de enfermagem -, respondi apontando as necessidades e carências que tinham no hospital e que poderiam ser repensadas se houvesse esse profissional atuando em conjunto com os demais. Assim como percebi o desconhecimento sobre a atuação do Sanitarista, foram feitos também elogios pelo fato

¹ Utilizo a denominação Sanitarista referindo-me também ao Bacharel em Saúde Coletiva, considerando que foi utilizada assim pelos autores citados, ao longo do texto, reconheço que esta denominação vem sendo discutida por acadêmicos e egressos dos cursos de graduação.

de eu estar já, demonstrando a necessidade de inclusão deste profissional nos serviços hospitalares.

Este texto é, portanto, fruto dessas questões, inquietações e reflexões, e pretende ser uma contribuição ao debate sobre a formação graduada de sanitaristas e seus campos de atuação possíveis.

BREVE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA E TRANSIÇÃO DO SANITARISTA

A atuação de um Sanitarista nos dias de hoje é reflexo de marcos importantes advindos de transições e transformações em nossa sociedade. Especificamente sobre a formação de Sanitaristas, é de suma importância destacar que a presença desses profissionais é antiga no cenário da saúde brasileira. Mesmo com distintas formações e funções no decorrer de sua trajetória, os sanitaristas vêm se configurando e se legitimando como profissionais importantes tanto nas ações de promoção e vigilância da saúde, quanto na organização e gestão de sistemas e serviços. Tendo em vista tamanha transição desse profissional, relaciono abaixo alguns dos principais marcos que configuraram sua trajetória.

Um dos marcos históricos do Sanitarismo Brasileiro é o movimento pelo saneamento do Brasil, desencadeado durante a Primeira República (1889-1930), que colocou em evidência as precárias condições de saúde da população (HOCHMAN, 1996). Sua origem e trajetória estiveram diretamente relacionadas à doença de Chagas, descoberta por Carlo Chagas, médico e pesquisador (HOCHMAN, 1996). Como movimento político, a campanha pelo saneamento expressou-se fundamentalmente na reivindicação de que o Estado brasileiro aumentasse seu poder de intervenção no campo da saúde pública. Um dos objetivos foi a eliminação de uma enfermidade específica e as campanhas eram organizadas segundo rígidos padrões que seguiam moldes militares. Essa intervenção rígida, no quadro sanitário e epidemiológico, marcou profundamente a trajetória da saúde pública nacional, ficando conhecida como *modelo campanhista*. Tal modelo é fortemente marcado pela ação de sanitaristas que, ao lado de intelectuais como Euclides da Cunha, causaram grande impacto no imaginário social brasileiro, através das campanhas sanitárias e relatórios de expedições científicas, realizadas pelo Instituto Oswaldo Cruz entre 1912 e 1917 (PONTE; LIMA; KROPF, 1999).

Outro acontecimento histórico de referência para a trajetória do Sanitarista no Brasil ocorreu na segunda metade dos anos 50, marcada pela instauração do "projeto preventivista" que adentra a perspectiva da "medicina social" (NUNES, 1994). O projeto preventivista se expressa na chamada "medicina comunitária", onde o mundo vivia um período de grandes transformações consequentes do término da Segunda Grande Guerra, com programas de saneamento ambiental. Entra em voga, neste período, o conceito de controle e assiste-se à progressiva utilização dos antibióticos e das técnicas cirúrgicas e à consolidação da confiança na atenção médica individualizada com as teorias desenvolvimentistas e a ideia do círculo vicioso pobreza-doença (NUNES, 1991). Neste cenário é que se discute e se tenta implantar a ideia de um campo de saber e práticas denominado de Medicina Preventiva e Social, movimento que se estende até os anos 1970.

O projeto *Preventivista* ressaltou limitações enquanto prática ideológica, sugerindo a sua superação mediante o desenvolvimento de uma prática política e uma prática científica (teórica), além das práticas técnicas (AROUCA, 2003). Desse modo, foi formulado o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, articulado ao campo científico da Saúde Coletiva (PAIM, 2003, 2013).

O processo participativo no âmbito da Reforma Sanitária e da constituição e implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, denominou esse processo de movimento, não só por representar a aglutinação organizada de entidades e pessoas com objetivos e formas de manifestações articuladas no cenário social e político, como por ser espécie de ato contínuo do chamado movimento sanitário, que deu corpo e forma à Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2006, p.17). A Reforma Sanitária Brasileira foi, portanto, proposta num momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País (MATTA, 2007, p.61).

Na esfera da sociedade civil o surgimento de movimentos sociais de periferias urbanas, reivindicava o acesso aos serviços de saúde concretizando o deslocamento do princípio de participação comunitária para outro princípio de participação – o popular; e, também, a criação de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – Cebes (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco (1979) que vão canalizar o debate político-ideológico sobre as políticas de saúde

(BRASIL, 2006, p. 40). A história da Reforma Sanitária não esgota a história da Saúde Coletiva no Brasil, ela é parte contida e intercessora dessa trajetória. Às vezes, confundem-se em determinados episódios marcantes; contudo, as duas não são a mesma. Dito de outra forma, a relação de alteridade e de transversalidade entre ambas, muitas vezes tornadas a mesma, teve uma capacidade de interação produtiva, de tensionamento fértil, mas seguiu trajetórias singulares: a Reforma, produzindo mudanças nos modos de organizar o sistema de saúde; e a Saúde Coletiva, produzindo novos modos de construir, conceber e analisar a saúde, não somente em sua dimensão de sistema technoassistencial. (LEAL, JUNIOR, 2012).

A expressão Saúde Coletiva é uma invenção tipicamente brasileira (CARVALHO, 2002). Configura-se enquanto campo de saberes e práticas, desde a década de 1970, quando emerge do interior de algumas universidades e movimentos sociais como um conjunto de reflexões e ações, modificando o campo da Saúde Pública no Brasil. Enquanto proposta, a Saúde Coletiva incorpora elementos da teoria do planejamento, da epidemiologia e das ciências sociais ao campo teórico-metodológico, o que lhe dá um caráter interdisciplinar, para além da disciplina científica tradicional (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; PAIM, 2006).

Não fugindo da sua vocação e em meio a este cenário, a Saúde Coletiva - constituída nos limites do biológico e do social - tendo pela frente a tarefa de investigar, compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde, tanto no plano diacrônico como sincrônico da história. (NUNES, 1994, p.19) E, como aponta Birman (1991), a Saúde Coletiva, ao introduzir as ciências humanas no campo da saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, trazendo para o seu interior as dimensões simbólica, ética e política, o que somente poderá revitalizar o discurso biológico.

A CRIAÇÃO DA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E AS QUALIFICAÇÕES DO BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA

A graduação em Saúde Coletiva surge como uma *ideia* em função do reconhecimento do desenvolvimento deste novo campo de saber e práticas, distinto da saúde pública institucionalizada e resultante da crítica a movimentos ideológicos que lhe precederam, a exemplo da Medicina Preventiva, da Saúde Comunitária e da

Medicina Familiar. Evolui como uma *proposta* decorrente da criação de Institutos de Saúde Coletiva e similares em universidades públicas, comprometidos com o projeto da Reforma Sanitária Brasileira e com a implementação do SUS. E transforma-se em um *projeto* que identificava a necessidade de formação de novos sujeitos com ideais éticos políticos bem definidos e com um corpo de conhecimentos e de práticas passíveis de serem assimilados desde a graduação, cuja pertinência era admitida por diversos professores da Saúde Coletiva e dirigentes do Ministério da Saúde e da representação brasileira da Organização Pan-Americana de Saúde (PAIM, 2006).

Os encontros que conformaram a trajetória da Saúde Coletiva no Brasil se deram em distintos âmbitos da existência dos atores sociais. Uma trajetória marcada: pela crise da saúde pública, pela ampliação e consolidação de uma Medicina Social, pelo movimento da Reforma Sanitária, pelo processo de cientificização do campo na academia e pela institucionalização do SUS (CARVALHO, 2002).

Como parte do processo da Reforma Sanitária, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, demarcaram uma concepção ampliada de saúde, calcada na ideia do direito à saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Desde o início, esforços foram empreendidos no sentido de qualificar e valorizar os profissionais que atuam na área da saúde além de promover discussões mais amplas sobre suas formações.

A criação dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva no Brasil configura-se como uma proposta inovadora na formação da força de trabalho para o SUS, a qual surgiu após longos anos de debates entre instituições federais de Ensino Superior. A formação graduada de Sanitaristas, ou melhor dizendo dos Bacharéis em Saúde Coletiva tem, dentre seus objetivos, o preenchimento de lacunas na formação de trabalhadores, adequada às necessidades e especificidades do SUS (SILVA, PINTO, 2014, p.160). A abertura dos Cursos, em diferentes regiões do país, foi impulsionada pelo Programa de Apoio a Planos de Expansão das Universidades Federais (Reuni) (BRASIL, 2007). Cabe ressaltar que a criação dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva foi uma decisão ancorada, principalmente, no atendimento a uma demanda reprimida por parte dos gestores da saúde de preencher a falta de profissionais, com esta formação, em muitas localidades e serviços. Essa situação vinha sendo problematizada, há muito tempo, pelo Ministério da Saúde, juntamente com os gestores dos Estados e Municípios.

Portanto, a criação da Graduação em Saúde Coletiva é considerado uma estratégia importante para a mudança do modelo de atenção à saúde no país e a criação de um novo ator em defesa da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS:

O SUS precisa de um graduado em Saúde Coletiva, com perfil profissional que o qualifique como um ator estratégico e com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis. Portanto, longe de se sobrepor aos demais integrantes da equipe de saúde, esse novo ator vem se associar de modo orgânico aos trabalhadores em Saúde Coletiva. (BOSI, 2009, p.236-237).

O egresso do Curso de Graduação em Saúde Coletiva é um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificado para o exercício das práticas que compõem o campo da Saúde Coletiva, ancorado nos saberes provenientes da Epidemiologia, da Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde (PAIM, 2013). Essa formação o qualifica para o exercício de atividades em todos os níveis de gestão e de atenção à saúde, no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, públicos ou privados, assim como em outros espaços onde podem ser desenvolvidas atividades do campo da Saúde Coletiva. Nesse sentido, o Bacharel em Saúde Coletiva vem se integrar ao conjunto das profissões de saúde, ocupando espaços estratégicos para a consolidação do SUS, somando na superação de desafios crônicos da organização dos processos de trabalho em saúde (PAIM, 2013).

Bosi e Paim (2010) destacam que a existência de um curso de graduação na área da Saúde Coletiva proporciona novas condições e oportunidades para um aprofundamento de conhecimentos e um aprimoramento de habilidades e atitudes “possibilitando que esse profissional inovador, o Sanitarista recupere sua natureza que muitas vezes se empobrece com versões minimalistas” (p. 2035). Os autores defendem que a “[...] graduação irá favorecer a qualificação dos futuros sanitários [...] possibilitando que esse processo, desde o seu início, se oriente por outra perspectiva paradigmática, calcada na interdisciplinaridade, modelo que se apresenta mais adequado aos desafios da saúde em nível coletivo” (p. 2035).

A Saúde Coletiva é um campo estruturado de práticas, articulado ao conjunto das práticas sociais, em que se realiza uma aplicação científica e tecnológica. Trata-se de uma prática técnica, cientificamente fundada, com duas dimensões fundamentais: *política-gerencial organizacional e epidemiológica-social* (PAIM, 2006).

Portanto cabe ressaltar que o Bacharel em Saúde Coletiva - profissional advindo de uma formação interdisciplinar com ênfase nos direitos à saúde e cidadania,- almeja

superar as práticas tradicionais e engessadas da área da saúde, a fim de contribuir na melhoria dos Sistemas de Saúde.

O PAPEL DO SANITARISTA NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

O trabalho de um Sanitarista demanda a realização de algumas tarefas específicas, de fundamental importância, tais como o aprimoramento de núcleos de epidemiologia dentro dos hospitais; a perspectiva de gerência de programas, entre outros. Tais funções necessitam de um profissional com conhecimento adequado e aprimoramento de habilidades e atitudes. A inserção do Sanitarista recupera a visualização e o modo de vê-lo, que muitas vezes se empobrece com versões minimalistas de que esse profissional atua na atenção básica apenas, o que é um equívoco, tendo em vista que o sanitarista se orienta pela perspectiva paradigmática, calcada na interdisciplinaridade, modelo que se apresenta aos desafios da saúde em todos os níveis de saúde (BOSI e PAIM, 2010). A singularidade desse profissional se deve ao fato de focar e trabalhar as questões do ponto de vista de levantamento de necessidades, de operar com técnicas de programação e planejamento, de operar com a vigilância epidemiológica, entre outras atividades que a meu ver são indispensáveis.

De acordo com Paim (2006), as atribuições do Sanitarista não seriam apenas o conhecimento sobre doenças, riscos e agravos determinantes dos processos saúde-doença, mas também a cooperação com os demais profissionais na produção do cuidado; o apoio ao desenvolvimento de estratégias voltadas para a diretriz da integralidade e para o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais e a produção de conhecimentos. Paim (2006) considera-o um técnico de necessidades e um gerente de processos coletivos de trabalho em saúde, residindo na multiplicidade à grande fortaleza do Sanitarista.

Apesar do tempo decorrido, desde sua criação até o momento, a consolidação do SUS apresenta grandes desafios, que necessitam de um profissional, tal como o Sanitarista, que possa contribuir na adequação de importantes lacunas no que tange ao financiamento, à relação público-privado, às capacidades gestoras, aos processos de descentralização e regionalização, aos modelos de atenção à saúde, à efetivação do controle social, à baixa regulação no acesso a insumos e à assistência farmacêutica, à defasagem tecnológica e, especialmente interessante para esta reflexão, às distorções na

formação, precarização do trabalho e má distribuição de profissionais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Tais desafios se configuram no cotidiano do trabalho e repercutem diretamente na qualidade da atenção e em ofertas de cuidado junto à população e o conjunto destes desafios evidencia a necessária e indispensável inserção do Sanitarista em todos os níveis de complexidade do SUS.

A assistência individual prestada em unidades hospitalares necessita de um processo de mudança com formação mais contextualizada, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do processo saúde/doença da população. Essa modificação implica em estimular uma atuação interdisciplinar, multiprofissional, que respeite os princípios do controle social e do SUS e que atue com responsabilidade integral sobre a população num determinado território (CAMPOS et al., 2001). Exige também adequação dos profissionais que, conforme a transição do perfil demográfico e epidemiológico, o SUS vislumbra também mudança e adequação dos seus profissionais, prova disso é a emergência do Sanitarista nos sistemas de saúde, tendo este uma formação voltada ao perfil e necessidades da população brasileira, independente de qual tipo de atenção/complexidade o usuário precisar.

A integralidade em saúde desafia as políticas de saúde, os serviços de saúde, a organização da atenção, as práticas dos profissionais e o ensino de saúde, principalmente na atenção terciária, por demonstrar enfaticamente graves insuficiências no núcleo tecnológico em que operam, por identificar a incapacidade de expressão de uma saúde mais ampliada na cena do cuidado e por demonstrar a necessidade de uma clínica mais ampla e mais regulada pela relação entre profissionais e usuários.

A formação dos profissionais da área da saúde ainda é orientada por uma concepção pedagógica que estabelece o centro das aprendizagens no hospital universitário, hierarquiza os adoecimentos em critérios biologicistas e dissocia clínica e política. Torna-se necessário, em função disso, abandonar a segurança do modelo pedagógico tradicional e “assumir posturas criativas de construção do conhecimento, tendo como referência as necessidades dos usuários, que são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas” (CECCIM e FERLA, 2008, p 449).

Enquanto campo de saberes e práticas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000), a Saúde Coletiva ressignifica as ações e o pensamento da área de saúde, unindo

planificação, epidemiologia e ciências sociais em um mesmo campo teórico-metodológico e propondo uma extrapolação da esfera pública, pois trata a saúde como bem comum e, portanto, inerente a todos os âmbitos da vida. Incorporam-se, assim, ao escopo científico, diversas dimensões, inclusive a própria estrutura da sociedade e os modos como os sujeitos significam suas experiências e se inserem nos cenários sociais. Nesse contexto, a relação entre os processos de trabalho, as necessidades humanas e a formação profissional torna-se bastante relevante, visto que as necessidades humanas são tomadas como objetos dos processos de trabalho para os quais serão desenvolvidas ações educativas.

A complexidade do trabalho no campo da saúde, aliada às exigências de diferentes ordens, impõe grandes desafios à atuação dos profissionais de saúde que lidam com situações adversas. O processo de trabalho, no campo da saúde, requer uma perspectiva mais complexa de intervenção, integrando os diversos serviços, reconhecendo e analisando as demandas e proporcionando uma resolução efetiva para as questões apresentadas. A organização hospitalar se difere dos outros serviços de baixa ou média complexidade, pois as necessidades dos usuários não podem ser adiadas nem tão pouco permitem padronizações excessivas. Sendo assim, é necessário trabalhar com bom senso, de acordo com o esperado e também diante da imprevisibilidade das situações, com profissionais capacitados para atuar diante das situações adversas.

O Sanitarista possui formação voltada para a análise crítica e propositiva de realidades e, a partir destas, poderá estabelecer objetivos e metas para o planejamento, gestão e avaliação de políticas e sistemas de saúde e para a educação, promoção e vigilância da saúde, tanto nas áreas específicas de planos e programas de serviços e produtos e de organizações e instituições de saúde, como na área ampla do desenvolvimento de políticas públicas e de ações coletivas de redução de riscos de doenças e outros agravos, e no estabelecimento de condições que assegurem acesso igualitário e universal à promoção, proteção e reabilitação da saúde (BRASIL, 1988). Assim sendo, esse profissional pode vir a exercer um papel de destaque em qualquer instituição hospitalar, de atenção terciária, tendo em vista a importância das atividades que possui capacidade de exercer.

Precisamos, em função da complexidade do setor saúde, de profissionais envolvidos e comprometidos, aptos a trabalhar em todos os níveis de atenção, em locais

como as secretarias municipais e estaduais de saúde, na direção/coordenação de programas e projetos e na direção de instituições. Existe também a necessidade de profissionais com informações qualificadas para pensar sobre as ações e atividades que são importantes para a gestão, para a articulação dos serviços de atenção, para o planejamento, para a avaliação, para o monitoramento e para a compreensão do sistema de saúde como um todo.

METODOLOGIA

Utilizo, para a realização deste texto, o relato de experiência. Esta estratégia metodológica me permitiu uma maior fidelidade aos discursos e práticas realizadas no período de experiência.

Walter Benjamin (1994) escreve sobre a narração e o “compartilhar experiências, como metodologia de troca, que usa de uma nova forma de narrar os acontecimentos e vivências, de forma a aproximar autor e leitor”, visto que a atual “incapacidade de diálogo” entre as pessoas e as gerações se acentua (apud OLIVEIRA, 2009, p.113).

Benjamin diz ainda - em sua obra *Magia e Técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*- que, na nossa construção como indivíduos/seres sociais, somos apresentados a diversas experiências vividas por outrem. As pessoas mais velhas utilizam de expressões como: “quando eu tinha a sua idade” ou “quando você for mais velho vai entender”, de forma a passar um ensinamento (BENJAMIN, 1994, p. 114).

Esse relato de experiência ocorreu durante o Estágio Curricular Obrigatório do Bacharelado em Saúde Coletiva, referente ao eixo Planejamento, Gestão e Avaliação da Saúde, no Serviço de Enfermagem de um Hospital Universitário de ampla complexidade, vinculado academicamente à UFRGS.

O estágio ocorreu no período de dezembro de 2014 até maio de 2015, com carga horária total de 300 horas. O estágio foi realizado durante a semana no turno da noite e, em feriados e finais de semanas, em horário matinal.

A escolha do campo foi determinada por diversos fatores, tais como a proximidade e facilidade do acesso ao serviço, tendo em vista que trabalho próximo à instituição, mas, sobretudo pela percepção do grande desafio de inserir um sanitarista

em um dos serviços de alta complexidade, identificados como um local improvável de atuação.

IDEARIOS E VIVÊNCIAS DE UM FUTURO SANITARISTA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR

A inserção da Saúde Coletiva em meu cotidiano se deu muito antes do início da minha vida acadêmica, isso por que a Saúde Coletiva apresentou-se em meio aos meus anseios e preocupações: a vontade que tinha em aprender e pautar minhas escolhas e decisões, valorizando as experiências alheias, representava nas minhas atividades a educação popular. A satisfação que tinha em realizar e transmitir boas práticas e atividades em saúde aos meus semelhantes demonstrava uma predisposição em exercer a promoção e prevenção em saúde. O fato de questionar o modo e a maneira de organizar e planejar as minhas tarefas diárias, mostrava-me uma tendência em operar o planejamento e gestão em saúde.

Durante a minha vivência no Estágio Curricular Obrigatório do Bacharelado em Saúde Coletiva, em uma Unidade Hospitalar no Serviço de Enfermagem, tal como já escrito antes, fui indagada, por diversos trabalhadores, a respeito do motivo de uma futura Sanitarista estar inserida em um Hospital. Percebi que existem ainda divergências a respeito da aceitação e conhecimento da abrangência da atuação de um Sanitarista e o quanto sua *expertise* profissional pode beneficiar o funcionamento de uma unidade hospitalar

Durante o estágio, pude observar situações de adversidade presentes no funcionamento do Hospital, em que vislumbrei a atuação de um Sanitarista juntamente aos demais profissionais, no intuito de amenizá-las. Uma das adversidades que mais me chamou atenção foi a precariedade e descontinuidade no funcionamento das Redes de Atenção a Saúde (RAS), sendo que esta visa prover ações e serviços de saúde com garantia de acesso equânime a uma atenção integral, resolutiva, de qualidade, humanizada e em tempo adequado através da organização e desenvolvimento de redes de atenção à saúde (BRASIL,2010). As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas e importantes nas diferentes complexidades - inclusive na atenção terciária de um grande hospital- que, integradas

por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

As RAS têm por características a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção. Tem como objetivo superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, promovendo assim a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, clínica sanitária e eficiência econômica.

Ao implantar uma RAS, é necessário superar alguns desafios, e durante a minha vivência no estágio, observei algumas situações que precisam ser aprimoradas e repensadas, as quais estão brevemente citadas abaixo:

- Lacunas assistenciais e fragmentação das ações e serviços, evidenciado pela demanda reprimida, e a superlotação de emergências;
- Financiamento público insuficiente, fragmentado e com baixa eficiência no emprego dos recursos, marcadas pela carência/ausência de materiais e medicamentos importantes para os procedimentos, além da postergação na contratação de profissionais;
- Configuração inadequada dos modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e as reais necessidades da população, fortemente marcado pela superlotação de emergência, UTIs e demais leitos;
- Modelo atual não acompanha o declínio das condições agudas e ascensão das condições crônicas, marcado pelo manejo e condução dos procedimentos e orientações ainda focados às condições agudas;
- Fragilidade da gestão do trabalho, carência de profissionais alinhados às políticas de saúde e precarização dos vínculos profissionais, marcados pelo baixo quadro funcional e rotinas maçantes estreitando o vínculo Humanizado;
- Protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação do acesso desatualizados, marcado por uma rede de suporte ao processo de regulação do acesso não totalmente informatizada;

- Fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação das redes de atenção à saúde precisam ser instrumentalizados, a fim de não postergar as altas e superlotar a capacidade de leitos;
- Corpo de profissionais pouco capacitados para a regulação do acesso, sendo necessário gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados;
- Baixa inserção da vigilância e promoção da saúde no cotidiano dos serviços de atenção.

Sendo assim o profissional Sanitarista é pensado no âmbito da condução e regulação, onde se inclui “planejamento, gestão e avaliação em saúde” e das ações coletivas de proteção à saúde onde se inclui “educação, promoção e vigilância da saúde” além das ações sociais de participação popular e controle social em saúde. Inegavelmente temos que reconhecer os avanços do SUS, desde a sua criação, e para potencializá-lo e afirmá-lo como um sistema público universal, o qual possa realmente ofertar serviços de qualidade a população brasileira como um todo precisamos enfrentar ainda alguns problemas que persistem. Como explicitado acima, é possível observar uma série de problemas- observados e vivenciados em meu estágio – e assim como foram observados é preciso refletir o porquê está ocorrendo e repensar nestes problemas visualizando medidas, as quais foram construídas e estipuladas no intuito de amenizar as deficiências do SUS. Aponto algumas medidas desafiadoras, no meu ponto de vista, essenciais para superar tais problemas:

- Medida desafiadora para a universalização do serviço de saúde;
- Medida desafiadora do paradigma institucional;
- Medida desafiadora da participação social e cidadania do usuário e profissionais da saúde;
- Medida desafiadora para o financiamento;
- Medida desafiadora para a organização do paradigma de atenção à saúde;
- Medida desafiadora para a gestão do trabalho no SUS.

Outro ponto observado em meu estágio e que merece destaque é a prática dos profissionais de saúde, no âmbito hospitalar, que a meu ver está “desumanizando-se” frente à atenção focada na doença, e não ao ser doente e à complexidade tecnológica

crecente associada ao crescimento de custos. Essa “desumanização” me induz a pensar no processo reflexivo acerca dos princípios, valores, direitos e deveres que regem a prática dos profissionais de saúde, incluindo a grandeza de um cuidado humanizado.

O quadro profissional limitado- trabalho noturno em regime de plantões para suprir a demanda reprimida-, a deficiência de recursos materiais, e as novas e contínuas demandas tecnológicas, com frequência, aumentam a insegurança e favorecem a insatisfação no trabalho. Essa situação de trabalho desfavorável contribui progressivamente para relações de desrespeito entre os próprios profissionais, bem como para a geração de uma assistência fragmentada e, cada vez mais, desumanizada. Sendo assim, torna-se premente que a filosofia institucional assim como as políticas públicas de humanização estejam, igualmente, voltadas para a vida e a dignidade dos trabalhadores de saúde, quando o que se pretende é a humanização do cuidado nas instituições de saúde.

Visualizei como uma medida desafiadora a promoção da Humanização, a qual requer, o fomento de relações profissionais saudáveis, de investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições, além do reconhecimento dos limites profissionais. A humanização hospitalar como expressão da ética requer, em suma, a prévia formulação de políticas organizacionais e sociais justas que considerem os seres humanos e seus direitos (MENDES, 2001).

De acordo com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2005), a humanização é um pacto, uma construção coletiva que só pode acontecer a partir da construção e troca de saberes, através do trabalho em rede com equipes multiprofissionais, da identificação das necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, e da criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Nesse contexto, observei a necessidade de relatar minha experiência e observações durante o meu estagio obrigatório em uma Unidade Hospitalar, a fim de mostrar a importância da atuação de um Sanitarista e o quanto essa atuação pode vir a contribuir, implantando medidas desafiadoras na dinâmica organizacional dos processos de trabalho.

CONCLUSÕES

O Sanitarista é um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, essa formação o qualifica para o exercício de atividades em todos os níveis de gestão e de atenção à saúde, no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, públicos dos sistemas e serviços de saúde, públicos ou privados, assim como em outros espaços onde podem ser desenvolvidas atividades do campo da Saúde Coletiva. Nesse sentido, o Sanitarista vai se integrar ao conjunto das profissões de saúde, ocupando espaços estratégicos para a consolidação do SUS, somando na superação de desafios crônicos da organização dos processos de trabalho em saúde (PAIM, 2013).

No período de vivência do estágio pude observar as necessidades e demandas, existentes no Hospital Universitário e a necessidade de atuação de um sanitarista integrada aos demais profissionais, mostrando assim a dimensão que pode haver na atuação desse profissional nas diferentes atenções à saúde.

Esse relato pode contribuir para obter maior esclarecimento e visualização do Sanitarista e disseminar essa percepção entre os diferentes profissionais e instituições de saúde.

É possível afirmar que a identidade do Sanitarista ainda está em um processo de construção, sem haver uma delimitação precisa a respeito da sua atuação, sendo portanto abrangente. Sua identidade profissional é frequentemente confundida com fundamentos das demais categorias profissionais, ou pouco conhecida, configurando-se em uma identidade heterogênea. Sendo assim, existe ainda a necessidade de estudos que preencham as lacunas do conhecimento de sua atuação e reafirmem através das diferentes experiências sistematizadas em produções científicas brasileiras a inserção e o fortalecimento dos novos atores da Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

AROUCA, A;S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

BENJAMIN, W. *Obras escolhidas*. Magia e técnica. Arte e política. Ensaio sobre literatura e história da cultura. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. 7. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. *Physis - Rev. Saúde Coletiva*, 1 (1): 7-11.1991.

BOSI, M.L.M.; PAIM JS. Graduação em Saúde Coletiva: Subsídios para um Debate necessário. *Cad.Saude Publica*; 25(2): 236-237, 2009.

BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação na área de saúde coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.15, n.4, p.2029-2038, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 out. 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007, Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. Brasília, 24 abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 30 dez. 2010.

CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v.25, n.2, maio-ago, p.2, 2001.

CARVALHO, S.R. *Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança*. Tese de doutorado em saúde coletiva. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas. 2002.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde*, v.6, n.3, p.443-456, 2008.

GARCIA, J.C. Apresentação: Juan César Garcia entrevista Juan César Garcia. In: NUNES, E. D. (Org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina. Tendências e Perspectivas*. Brasília: OPAS; 1985.

HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo V. (Org.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; CCBB, 1996, p.23-40.

LEAL, M.B.; JUNIOR, K.R.C. Collective Health in discussion: reflections on a field under construction. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.40, p.53-65, jan./mar. 2012.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C., PONTES, A. L. M. (orgs.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 61-80, 2007.

- MENDES, H.W.B.; CALDAS J;A;L. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 maio-junho; 9(3):20-6.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L.; MACHADO, C. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 435-472.
- NUNES, E. D. Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración. In: FRANCO, S. et al. *Debates en Medicina Social*. Washington: OPS, 1991, p. 17-137.
- NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Rev. Saúde e sociedade*. São Paulo, v.3 n. 2, 5-21, 1994.
- OLIVEIRA, F. *A Narrativa e a Experiência em Walter Benjamin*. Anais do 8º Congresso LUSOCOM: comunicação, espaço global e lusofonia. Lisboa, Portugal. 2009, p. 108-115.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.
- PAIM, J. S.; PINTO, I. C. M. Graduação em saúde coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Tempus: Actas Saúde Col.*, Brasília, v.7, n.3, p.13-35, 2013.
- PAIM, J.S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- PAIM, J.S. Do “Dilema Preventivista” à Saúde Coletiva. In: AROUCA, AS. *O Dilema Preventivista*. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003, p.151-6.
- PAIM, J.S. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006
- PONTE, C. F. *Médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

**ANEXO 1. NORMAS DE SUBMISSÃO DE ARTIGOS À REVISTA ENSINO,
SAÚDE E AMBIENTE.**

**TITULO EM PORTUGUÊS, MAIÚSCULA, NEGRITO, TIMES NEW
ROMAN 12; CENTRALIZADO, ESPAÇO SIMPLES, 12 PT ANTES E 6 PT
DEPOIS**

**TITULO EM INGLÊS, MAIÚSCULA, NEGRITO, TIMES NEW ROMAN
12; CENTRALIZADO, ESPAÇO SIMPLES, 12 PT ANTES E 6 PT DEPOIS**

Nome e Sobrenome do autor principal¹,co-autor¹, co-autor², co-autor³

(Times New Roman, 11, Centralizado, Negrito, Espaço Simples)

¹Instituição/Departamento/Escola, e-mail

²Instituição/Departamento/Escola, e-mail

³Instituição/Departamento/Escola, e-mail

(Times New Roman, 10, centralizado)

**RESUMO Times New Roman 12, negrito, maiúscula, alinhado à esq., 6pt
antes, 0pt depois**

Este documento apresenta o modelo de formatação de artigos para submissão à Revista Ensino, Saúde e Ambiente. Recomenda-se utilizar diretamente este arquivo .docx ou .doc para digitar o trabalho. Os resumos devem ter no máximo 250 palavras em português. Os autores devem atentar para as orientações seguintes: Resumo em Times New Roman, 12 - Justificado - Espaço Simples. Texto do resumo separado do restante do artigo por duas linhas. Fonte: Times New Roman – tamanho 12 – Justificado - Espaço 1,5 entrelinhas. O artigo deve ser enviado em formato WORD. *Somente os artigos que respeitarem este modelo serão encaminhados para avaliação.* Numerar as páginas.

Palavras-chave: Máximo de cinco palavras (Times New Roman, 12)

ABSTRACT Times New Roman 12, negrito, maiúscula, alinhado à esq., 6pt antes, 0pt depois

Este documento apresenta o modelo de formatação de artigos para submissão à Revista Ensino, Saúde e Ambiente. Recomenda-se utilizar diretamente este arquivo .docx ou .doc para digitar o trabalho. Os resumos devem ter no máximo 250 palavras em português. Os autores devem atentar para as orientações seguintes: Resumo em Times New Roman, 12 - Justificado - Espaço Simples. Texto do resumo separado do restante do artigo por duas linhas. Fonte: Times New Roman – tamanho 12 – Justificado - Espaço 1,5 entrelinhas. O artigo deve ser enviado em formato WORD. *Somente os artigos que respeitarem este modelo serão encaminhados para avaliação.* Numerar as páginas.

Key words: Máximo de cinco palavras (Times New Roman ,12)

Este modelo foi preparado usando o editor de texto Word 97-2003 e seguindo as regras da ABNT.

Tamanho do Papel: papel A4 (210 x 297 mm) no modo retrato.

Margens do texto: 2,5 cm na borda superior e inferior, 3,0 cm na esquerda e direita.

Título dos tópicos e subtópicos – Times New Roman 12, negrito, maiúscula, alinhado à esq., 6pt antes, 0pt depois

Formato da Página: Todo o texto deve ser justificado (com exceção das referências). Favor numerar as páginas.

Fonte: Times New Roman

Espaçamento: 1,5 entre linhas.

Parágrafos: 1,5 cm

Citações e Transcrições

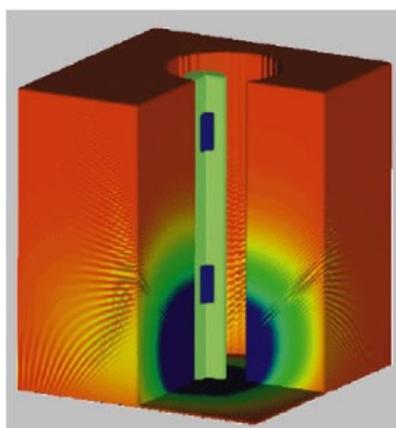
Citações. (Times New Roman, 10 - Espaço Simples - Recuo 4 cm)

Transcrições (Times New Roman, 11 - Espaço Simples - Recuo 2 cm)

Figuras e Tabelas

Devem ser apresentadas dentro do corpo do texto e não ao final do texto. Arquivo do tipo JPG. Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação deve aparecer na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros). Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada (elemento obrigatório, mesmo que seja produção do próprio autor).

Figura 1: legendas - Times New Roman 10, Negrito



Fonte: xxxx

Tabela 1: legendas - Times New Roman 10, Negrito

Dado1	Dado2
Valor1	Valor2
Valor3	Valor4

REFERÊNCIAS - (Times New Roman, 12 - Espaço Simples – Alinhamento à esquerda)

(Para Livro)

Autor (Sobrenome, Prenome em Caixa Alta). Título do livro (destacar com negrito ou itálico): subtítulo (se houver). Edição. Local: Editora, ano.

KONDER, L. **O Futuro da Filosofia da Praxis: o pensamento do marxismo no século XXI**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

(Para Capítulo de Livro)

Autor do capítulo (Sobrenome, Prenome em Caixa Alta). Título do capítulo. In: Autor do livro (Sobrenome, Prenome). Título do livro (destacar em negrito ou itálico). Local: Editora, ano.

BRITO, A.J.; MOREY, B.B. Geometria e Trigonometria: dificuldades de professores do ensino fundamental. In: FOSSA, J. A. (org): **Presenças Matemáticas**. Natal: EDUFRRN, 2004.

(Para Artigo de Revista e/ou Periódico)

Autor (Sobrenome, Prenome em Caixa Alta). Título do artigo. Título da revista (destacar com negrito ou itálico), volume, número do fascículo, páginas (inicial e final do artigo), ano.

MORTIMER, E. F. Construtivismo, mudança conceitual e ensino de ciências: para onde vamos? **Investigação em Ensino de Ciências**. v. 1, p. 20 39, 1996.

(Para Texto retirado da Internet/sites)

Autor (Sobrenome, Prenome em Caixa Alta). Título do texto. Disponível em:<endereço do site> Acesso em: dia, mês e ano.

MOREIRA, M. A. O Mestrado (profissional) em Ensino. **RBPG**, n. 1, p. 131-142, 2004. Disponível em http://www2.capes.gov.br/rbpg/images/stories/downloads/RBPG/Vol.1_1_jul2004_/131_142_o_mestrado_profissional_em_ensino.pdf. Acessado em maio de 2010.

ISSN 1983-7011