



ciência plural

A BUSCA POR UM FAZER COSTURADO DE POSSIBILIDADES E DESAFIOS: A ATUAÇÃO DO SANITARISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO CAMPO

The search for making a summary of possibilities and challenges: The performance of the sanitarian in Primary Health care in the field

La búsqueda por un hacer sembrado de posibilidades y desafíos: la actuación del prestador sanitario en la atención primaria de salud en el campo

Alexsandro de Melo Laurindo • Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia-UFBA • E-mail: alexs.melolaurindo@gmail.com

Mateus dos Santos Brito • Instituto de Saúde Coletiva/ UFBA •
E-mail: mateus.dsb@gmail.com

Priscylla Alves Nascimento de Freitas • Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz- PE • E-mail: priscyllaaster@gmail.com

Thaiara Dornelles Lago • Universidade Federal de Santa Catarina •
E-mail: thaiaradlago@gmail.com

Fabiana de Oliveira da Silva Sousa • Universidade Federal de Pernambuco •
E-mail: fabiana.osilva@ufpe.br

Itamar Lages • Universidade Federal de Pernambuco •
E-mail: itamar.lages@upe.br

Autor correspondente:

Alexsandro de Melo Laurindo • E-mail: alexs.melolaurindo@gmail.com

Submetido: 28/02/2023

Aprovado: 25/08/2023

RESUMO

Introdução: As práticas de trabalho em saúde têm historicamente passado por transformações principalmente a partir dos processos de formação dos profissionais da saúde. O profissional sanitarista, ou bacharel em saúde coletiva vem somando esforços e ocupando espaços de trabalho multiprofissionais fortalecendo a perspectiva transversal do cuidado em saúde em diversos campos de atuação. **Objetivo:** Este estudo objetiva relatar a experiência de construção do processo de trabalho de um bacharel em Saúde Coletiva na Atenção Primária à Saúde do Campo em meio a pandemia de Covid-19. **Metodologia:** O período de abrangência foi de 2020 a 2022, ocorrendo no município de Caruaru, Pernambuco. A atuação do bacharel em Saúde Coletiva se deu na perspectiva do Núcleo de Apoio à saúde da família e atenção básica, atuando junto a duas equipes de saúde da família de territórios rurais. **Resultados:** O processo de trabalho se desenvolveu em três principais frentes, sendo elas: 1) Atenção à saúde com base territorial; 2) Articulação com redes intra e intersectoriais; 3) Reorganização do trabalho multiprofissional na Atenção Primária à Saúde. **Conclusões:** Sendo assim, é possível constatar que o processo de trabalho do bacharel em Saúde Coletiva está em constante movimento, delimitando as suas possibilidades de atuação, bem como os seus limites quanto a um fazer ainda desconhecido em realidades como a Atenção Primária. O avanço da discussão ocorre em paralelo a formação e inserção destes profissionais nos mais diversos contextos a exemplo da saúde do campo. Nota-se a necessidade de desenvolver novos estudos e experiências formativas de bacharéis e saúde coletiva conectados aos territórios do campo, apostando na capilarização e ampliação da presença deste profissional nas realidades singulares do Sistema Único de Saúde .

Palavras-Chave: Profissionais Sanitaristas; Processo de Trabalho; Saúde da População Rural.

ABSTRACT

Introduction: Health work practices have historically undergone transformations, mainly from the training processes of health professionals. The sanitary professional, or bachelor in public health, has been joining efforts and occupying multidisciplinary workspaces, strengthening the transversal perspective of health care in different fields. **Objective:** This study aims to report the experience of building the work process of a Bachelor of Public Health in Primary Health Care in the Countryside in the midst of the Covid-19 pandemic. **Methodology:** The coverage period was from 2020 to 2022, taking place in the municipality of Caruaru, Pernambuco. The performance of the bachelor in Collective Health took place from the perspective of the Support Center for family health and primary care, working with two family health teams from rural territories. **Results:** The work process was developed on three main fronts, namely: 1) Health care based on territory; 2) Articulation with intra and intersectoral networks; 3) Reorganization of multidisciplinary work in Primary Health Care. **Conclusions:** Therefore, it is possible to verify that the work process of the bachelor in Collective Health is in constant movement, delimiting their possibilities of action, as well as their limits regarding an action still unknown in realities such as Primary attention The

advancement of the discussion occurs in parallel with the training and insertion of these professionals in the most diverse contexts, such as rural health. There is a need to develop new studies and training experiences for bachelors and collective health connected to rural territories, focusing on the capillarization and expansion of the presence of this professional in the unique realities of the Unified Health System (SUS).

Keywords: Health Professionals; Work process; Health of the Rural Population.

RESUMEN

Introducción: Las prácticas del trabajo en salud históricamente han sufrido transformaciones, principalmente a partir de los procesos de formación de los profesionales de la salud. El profesional sanitario, o licenciado en salud pública, viene sumando esfuerzos y ocupando espacios de trabajo multidisciplinarios, fortaleciendo la perspectiva transversal del cuidado de la salud en diferentes campos. **Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo relatar la experiencia de construcción del proceso de trabajo de un Licenciado en Salud Pública en la Atención Primaria de Salud en el Campo en medio de la pandemia de la Covid-19. **Metodología:** El período de cobertura fue de 2020 a 2022, ocurriendo en el municipio de Caruaru, Pernambuco. La actuación de la licenciatura en Salud Colectiva se dio en la perspectiva del Centro de Apoyo a la salud de la familia y atención primaria, trabajando con dos equipos de salud de la familia de territorios rurales. **Resultados:** El proceso de trabajo se desarrolló en tres frentes principales, a saber: 1) Atención de la salud con base en el territorio; 2) Articulación con redes intra e intersectoriales; 3) Reorganización del trabajo multidisciplinario en la Atención Primaria de Salud. **Conclusiones:** Por tanto, es posible constatar que el proceso de trabajo del licenciado en Salud Colectiva está en constante movimiento, delimitando sus posibilidades de actuación, así como sus límites frente a un actuar aún desconocido en realidades como la Atención primaria. El avance de la discusión ocurre en paralelo con la formación e inserción de estos profesionales en los más diversos contextos, como la salud rural. Existe la necesidad de desarrollar nuevos estudios y experiencias de formación para licenciaturas y salud colectiva vinculadas a los territorios rurales, con foco en la capilarización y ampliación de la presencia de ese profesional en las realidades singulares del Sistema Único de Salud (SUS).

Palabras Clave: Profesionales de la salud; Proceso de trabajo; Salud de la Población Rural.

Introdução

O processo de trabalho em saúde vem sendo objeto de estudos científicos principalmente após a segunda metade do século XX, o autor Ricardo Bruno Mendes Gonçalves¹, inspirado na teoria marxista do trabalho, aborda em seus estudos o processo de trabalho em saúde a partir de seus componentes, sendo eles: o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho, a finalidade e os agentes. Conceitualmente o processo de trabalho em saúde corresponde à dimensão micro do cotidiano de práticas e do fazer dos profissionais de saúde na produção do cuidado e consumo de serviços de saúde. Se constituindo como categoria analítica útil para a compreensão da realidade, que neste caso, é a atuação do bacharel em Saúde Coletiva na Atenção Primária à Saúde (APS) do campo¹.

Deste modo, em correspondência a teoria do processo de trabalho em saúde, o presente artigo, toma como objeto de trabalho às necessidades de vida e saúde de usuários da Atenção Primária à Saúde de comunidades do campo; os instrumentos de trabalho como as tecnologias leves em saúde e o ferramental da Saúde da Família; a finalidade enquanto a busca pela garantia do direito à saúde e a promoção de territórios saudáveis e sustentáveis no campo; e os agentes como os usuários e suas comunidades, os profissionais de saúde da rede de saúde e de outros setores, os residentes multiprofissionais e o profissional sanitарista^{1,2}.

Neste sentido, é importante destacar que a Saúde Coletiva surge com foco na ruptura com o paradigma de produção do cuidado fragmentado e compartimentalizado de um fazer saúde individualizado. O profissional Sanitarista tem sido habilitado na perspectiva da interprofissionalidade, sendo absorvido nos postos de trabalho em equipe multiprofissionais, buscando enfatizar a importância e necessidade de uma sincronia mútua na produção do cuidado ou no fazer saúde. Contudo, a atuação profissional nesta perspectiva tem enfrentado alguns desafios como: os conflitos externos as equipes de saúde, os modos de trabalho, aspectos políticos, sociais, éticos e os conflitos individuais³.

O Sanitarista ou bacharel em Saúde Coletiva se constitui como um profissional da saúde que historicamente tem sua atuação voltada para o fortalecimento da

promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva. Podendo atuar em vários setores e espaços da saúde desde a criação, articulação e implementação de políticas, até a gestão de sistemas e serviços de saúde, contribuindo no fortalecimento e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos últimos anos se tem notado a expansão dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, bem como o avanço na consolidação da profissão. Estes processos inauguram algumas indagações sobre qual o papel do sanitário nos serviços de saúde, como: Qual sua função na APS? Existe distinção na atuação deste profissional em realidades urbanas e rurais?².

Tomando como cenário de atuação profissional a realidade do campo é possível identificar uma série de fatores que afetam a saúde destas populações, como a concentração de terra, urbanização, descaracterização da vida no campo, exploração dos recursos naturais e vulnerabilização social. Questões como estas determinam as condições de saúde bem como o acesso a políticas públicas nestes contextos, estes fatores adicionam complexidade ao processo de trabalho em saúde, tendo em vista que o fazer saúde no campo está atravessado pelo modo de vida destes povos e comunidades. Especialmente com o advento da pandemia de Covid-19 se viu um aumento do processo de vulnerabilização social das populações do campo, florestas e águas, que vem sofrendo com maiores barreiras de acesso aos serviços de saúde bem como piora nas condições de vida, trabalho, lazer e saúde^{4,5}.

Na oferta de saúde para as populações do campo, florestas e águas, o SUS desenvolve papel central, principalmente através da APS caracterizada como o principal serviço de saúde capaz de construir e manter capilaridade em sua atuação dentro dos territórios do campo, mesmo frente as suas grandes extensões territoriais, que dificultam o acesso à rede e ao cuidado integral em saúde. No entanto, a APS não contou com a sua priorização no enfrentamento à pandemia, seja pela ausência de investimentos dos gestores, quanto pelo modelo de atenção à saúde com enfoque hospitalocêntrico e assistencial adotado pelo governo federal^{6,7}.

Esta realidade contribui na fragilização da APS principalmente somado ao desfinanciamento que o SUS, em especial a APS e as Equipes do Núcleo de apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (eNASF-Ab) vem sofrendo nos últimos anos no

Brasil. A Portaria Nº 2698/2019 do Ministério da Saúde é um exemplo disso, contribuindo para o agravamento de iniquidades sociais, principalmente de populações que indiretamente possuem esse serviço enquanto sua única e possível porta de entrada no SUS, a exemplo de comunidades periféricas, rurais e comunidades quilombolas⁸.

Por outro lado, os programas de residências em área profissional vêm contribuindo, através da articulação ensino-serviço, na formação de especialistas e no fortalecimento da APS. A inserção do bacharel em Saúde Coletiva nestes programas é recente, o estado de Pernambuco vem se constituindo enquanto protagonista nacional destes esforços incluindo o sanitarista em vários dos seus programas de residência, fomentando a discussão acerca da importância da inserção do Sanitarista na APS e reforçando seu papel na base do processo de trabalho multiprofissional, integral e equânime na saúde⁹.

Uma destas iniciativas é o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na População do Campo (RMSFC) da Universidade de Pernambuco (UPE). A RMSFC foi criada em 2015 por iniciativa de alguns movimentos sociais em parceria com a universidade frente à um momento histórico-político de avanços da discussão da saúde pública e da saúde do campo no país. Os Sanitaristas que atuam na RMSFC acompanham e constroem as eNASF-Ab na perspectiva da Educação Popular em Saúde, atuando junto aos territórios da zona rural dos municípios de Caruaru e Garanhuns, agreste pernambucano. Estas equipes não possuem espaço físico próprio, atuando de modo volante nos territórios¹⁰.

Os primeiros cursos de bacharelado em Saúde Coletiva datam do início de 2007, a inserção destes profissionais na APS, bem como nos programas de residência são eventos recentes. Sendo necessário a produção científica de experiências exitosas na inserção de bacharéis em Saúde Coletiva na APS, podendo servir de base para a construção do processo de trabalho dos sanitaristas, especialmente em contextos complexos de saúde como na realidade do campo, águas e florestas. Neste sentido, o presente artigo tem por objetivo relatar a experiência de construção do processo de

trabalho de um bacharel em Saúde Coletiva na Atenção Primária à Saúde do Campo em meio a pandemia de Covid-19.

Metodologia

O presente estudo está estruturado no formato de relato de experiência a partir do desenvolvimento do processo de trabalho acadêmico-profissional de um bacharel em Saúde Coletiva vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na População do Campo da Universidade de Pernambuco (UPE) em parceria com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e o Movimento Quilombola de Pernambuco.

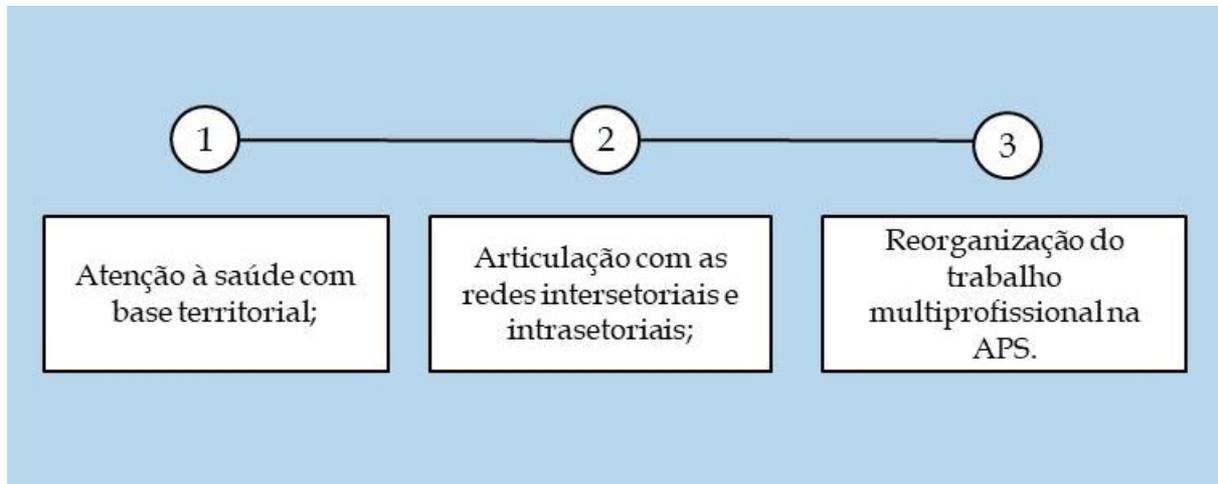
Sendo assim, os estudos científicos nos moldes de relato de experiência são caracterizados pela produção de conhecimento científico com a presença de reflexão crítica. Ocorrendo principalmente a partir de vivências ou experiências acadêmicas-profissionais situadas no âmbito dos três pilares fundamentais da formação universitária de ensino superior: o ensino, a pesquisa e a extensão. Neste sentido, a condução do presente estudo buscou seguir o roteiro para a elaboração de estudos científicos de relato de experiência contendo 22 itens oferecidos pelos autores Mussi, Flores & Bispo-de-Almeida¹¹.

Deste modo, a atuação acadêmico-profissional do bacharel em Saúde Coletiva se deu entre março de 2020 e março de 2022, junto a Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família na Atenção Básica (eNASF-Ab). A atuação ocorreu na perspectiva da Educação Popular em Saúde junto ao Território de Gestão Sustentável Rural 3 (TGS), composto por duas equipes de Saúde da Família (eSF) sediadas nas Unidades de Saúde da Família de Serra Velha e Gonçalves Ferreira, Caruaru/PE. Os dois territórios eram compostos no total por 18 microáreas, sendo 6 em Gonçalves Ferreira e 12 em Serra Velha, totalizando uma população adscrita de 4.148 usuários, dispostos em uma área total de 84 Km². Vale ressaltar que uma das micro áreas do território de Serra Velha se tratava da Comunidade Quilombola Serra Verde.

O desenvolvimento do processo de trabalho em saúde do bacharel em saúde coletiva se estruturou em algumas frentes estratégicas de trabalho, sendo elas: 1)

Atenção à saúde com base territorial; 2) Articulação de redes intersetoriais e intrasetoriais; e 3) a Reorganização do trabalho multiprofissional na APS. Como descritas na figura 1.

Figura 1 - Frentes de atuação do bacharel em Saúde Coletiva na Atenção Primária à Saúde do Campo. Caruaru/PE, 2021.



Fonte: Autoria própria.

Resultados e Discussão

Para uma compreensão transversal do impacto processual de trabalho, precisou-se verificar algumas possibilidades junto as equipes de apoio á saúde da família e atenção básica (NASF-Ab), as equipes de saúde da família (eSF) e seus respectivos territórios cobertos, partindo do pressuposto de inserção nos territórios, do papel central, e do cenário de pandemia de COVID-19; Com isso buscou a partir da perspectiva da educação popular em saúde compreender as dinâmicas sociais, sanitárias, políticas, históricas, de modo articulado a um plano de trabalho multiprofissional e um plano de cada núcleo profissional, segundo suas atribuições constituídas no Projeto Político Pedagógico (PPP) do referido programa de residência.

Projeto composto e conduzido por: Duas equipes de residentes multiprofissionais, uma equipe de preceptores e tutores, um coordenador, e apoiadores das Secretarias municipais de saúde e Associação de moradores de alguns dos territórios; pode-se elencar então, três possíveis frentes transversais de trabalho:

1) Atenção à saúde com base territorial; 2) Articulação de redes intersetoriais e intrasetoriais; e 3) a Reorganização do trabalho multiprofissional na APS.

“A cabeça pensa onde os pés pisam”: uma atenção à saúde com base territorial

Diante de todos os desafios do "fazer saúde" na Atenção Primária à saúde (APS) urge a necessidade de um olhar para a realidade da saúde do campo, da zona rural, essencialmente sob uma outra ótica que reconheça e trabalhe a partir de suas singularidades histórico-culturais, sociais, econômicas e de necessidades de saúde. Buscando principalmente romper com uma lógica urbana de organização das políticas públicas e do Sistema Único de Saúde (SUS). A realidade do campo, o modo de vida da população, os aspectos culturais e ideológicos, o acesso a serviços, à educação, a práticas de lazer, os modos relacionais, e conseqüentemente os determinantes sociais da saúde, dizem sobre a necessidade de reflexão e aplicabilidade de uma *práxis* para essa realidade¹².

A experiência de vivenciar de perto APS do campo é vislumbrada por diversos profissionais enquanto algo desafiante para a saúde pública, principalmente por se deparar com uma estrutura física e territorial complexa, dificuldades no acesso aos direitos sociais e a diversos fatores que atravessam o trabalho efetivo na saúde do campo⁵. O trabalho e atuação multiprofissional da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (eNASF-Ab) neste cenário, vem apontando diversas limitações e potencialidades no que concerne às dimensões: Clínico- assistencial e técnico pedagógica, alguns autores apontam para uma terceira dimensão, a de apoio institucional, Sendo o sanitarista, profissional chave para efetivação desta⁹.

A primeira frente de trabalho do bacharel em Saúde Coletiva descrita como “Atenção à saúde com base territorial”, se caracterizou enquanto uma estratégia chave na consolidação destes processos, diante do desconhecimento dos atores comunitários e das equipes de Saúde da Família (eSF) sobre esse profissional. Essa frente se constituiu na perspectiva da Educação Popular em Saúde no dia-a-dia das comunidades e serviços de saúde, através da escuta e frente às possibilidades de inserção junto às ações e atividades comunitárias, na resolução de problemáticas, estando próximo das famílias e territórios.

Buscando assim, conectar e mostrar de tal forma a existência deste profissional ainda tão “desconhecido” por todos, construindo de forma pedagógica, a noção de que ele pode e precisa estar com o território para refletir e operacionalizar o seu trabalho. Pensando numa perspectiva freiriana Ceccim¹³ destaca os princípios do: estar com, saber ouvir, estando sempre pacientemente impaciente enquanto uma ferramenta a ser ainda inserida no trabalho em saúde, principalmente em contextos que se encontram em constante processo de vulnerabilização¹³.

Figura 2 - Profissional Sanitarista em visitas domiciliares junto à Assistente Social e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no Território de Serra Velha, Caruaru/PE, 2021



Fonte: Imagens autorizadas de autoria própria.

Esse fazer saúde foi costurado a partir de atividades e iniciativas buscando dar suporte aos casos, famílias e aos usuários acompanhados pelas equipes, principalmente junto à Assistente Social residente da eNASF-Ab, prezando pela conexão em rede no fazer saúde. Além disso, foram desenvolvidas atividades de promoção, prevenção e vigilância popular em saúde, bem como de educação em saúde, priorizando a prevenção instalada com a pandemia de Covid-19. Foram utilizadas ainda as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), centrando ênfase principalmente nas tecnologias leves de cuidado, a exemplo do acolhimento, da escuta, criação de vínculo, estando presente nos territórios, no

cotidiano das famílias e das equipes de saúde da família. Sendo aplicada enquanto uma estratégia para compreensão das complexidades sociais de cada território.

A atuação a partir da perspectiva multiprofissional nesse contexto, partindo de uma perspectiva territorial basilar, se mostrou enquanto uma estratégia efetiva para reconhecimento das necessidades de saúde, marcadores de saúde, elaboração de estratégias de acesso para a zona rural e ampliação da visibilidade da atuação do profissional sanitarista na atenção primária à saúde, rompendo com as invisibilidades das comunidades rurais tradicionais no que tange o acesso e os direitos básicos, garantidos na Constituição Federal de 1988.

Com isso se pode identificar que a estratégia e perspectiva de base territorial emerge enquanto um elemento potencializador do processo de trabalho multiprofissional para o sanitarista, pois costurou-se a partir deste, um movimento orgânico de protagonismo da comunidade, autonomia desses territórios e a continuidade do cuidado pelas equipes e pela rede de saúde¹⁴.

O Sanitarista enquanto agente articulador de redes

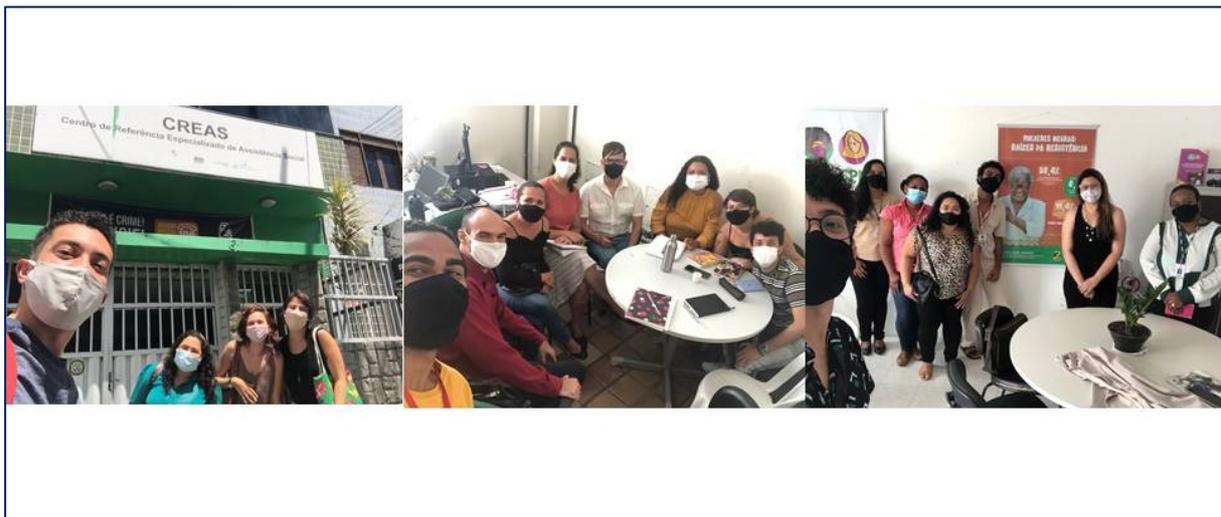
A partir de dimensões basilares do processo de trabalho das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (eNASF-Ab) Silva, Sousa⁹, enfatizam o apoio institucional, enquanto uma possibilidade de equipes compostas pelo profissional sanitarista, sendo esse profissional constituído de ferramentas e técnicas que subsidiam essa possibilidade. A segunda frente de trabalho, intitulada “Articulação de redes intersetorial e intrasetorial”, se caracterizou na tessitura de articulações que são necessárias para minimizar ou resolver problemas sociais e de saúde encontrados pela equipe, segundo as atribuições e o arcabouço técnico e estratégico do profissional sanitarista nos territórios adscritos⁹.

A segunda frente reverberou em um impacto significativo diante da perspectiva continuada do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), no sentido mobilizador e tensionador junto a rede municipal e estadual, principalmente, através da identificação prévia de políticas públicas inter e intrasetoriais, programas, projetos sociais e atores chaves nas Secretarias de saúde, Assistência Social, Direitos humanos e Educação para construção de viabilidades operacionais para os territórios cobertos,

fomentado de tal forma, a mobilização social e política através de articulações com estes atores chaves.

Alguns autores apresentam o bacharel em Saúde Coletiva enquanto um agente articulador de processos em torno da saúde, apoiando e conduzindo dentro das redes de saúde estratégias a partir de um olhar inspirado nas três principais áreas do campo da Saúde Coletiva, que vão desde as Políticas, planejamento e gestão, à Epidemiologia e as Ciências sociais na saúde, buscando articular de modo transversal e dialógico, estes saberes no dia-a-dia do seu processo de trabalho, junto aos territórios, usuários e comunidades⁹.

Figura 3 – Reuniões e espaços para articulações junto à Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Política para Mulheres e Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Caruaru/PE, 2021.



Fonte: Imagens autorizadas de autoria própria.

Articulações intersetoriais foram construídas junto a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Política para as Mulheres, Sindicato de Desenvolvimento rural, Secretaria de Direitos Humanos e Assistência Social, Secretaria Estadual Saúde, Secretaria Municipal de Educação e através das redes intersetoriais nas figuras das Coordenações e pastas específicas na saúde: Saúde da Mulher, Saúde da População Negra, Programa Municipal de Imunização, Saúde Mental, Programa Saúde na Escola, Núcleo de Educação Permanente, Saúde LGBTQIA+, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Epidemiológica, Central de Regulação e Transporte Fora do Domicílio.

Outras disputas na ocupação de espaços sócio-políticos foram essenciais para tensionamentos e busca da garantia de direitos, se constituindo junto ao Conselho Municipal de Saúde, Conselho de Desenvolvimento Rural, Associações de Moradores, alguns movimentos sociais, como a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ), Movimento pelo Bem-Estar Social e Comunitário de Caruaru (MOBESC) entre outros espaços colegiados de ensino-serviço do Programa de Residência de Saúde do Campo.

Colaborando a nível territorial com o fortalecimento do controle social na saúde, que especialmente nos últimos anos, vem sendo desafiado pelas políticas de austeridade fiscal na saúde, agravamento de iniquidades sociais e retrocessos no âmbito das políticas de saúde¹⁵. Vale enfatizar outros espaços de articulação construídos junto a Assistente Social que compunha a equipe, sendo eles o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e demais articulações com a profissional do Apoio Institucional de área da SMS, neste caso o Território de Gestão Sustentável Rural 3 (TGS 03).

A composição das redes regionais e gestões municipais possuem diversas fragilidades e limitações de ordem comunicacional, organizacional, de recursos e políticas, sempre estando presentes de algum modo. Porém essas redes de cuidado possuem um arcabouço técnico e tático-operacional para lidar com questões de saúde em um modelo pensado para o urbano. A construção de políticas, programas e iniciativas possuem esta centralização, necessitando de tal modo que todo sujeito morador do campo, se desloque, ou faça o movimento de ir até a cidade, por uma disputa entre continuar no campo e não ter continuidade no acesso ou se mudar para a cidade, para alcançar acesso a determinados serviços⁴.

Logo surge o questionamento de como garantir esses mesmos serviços de modo contínuo e ordenado para a população do campo? Essa frente tem por objetivo central refletir sobre a lógica urbana-rural na qual estamos inseridos. A possibilidade de questionar, solicitar apoio ou pedir respostas às demandas ou possíveis resoluções mínimas cotidianas, surgem muito a partir de uma junção dos núcleos profissionais da Saúde coletiva e do Serviço Social. A partir do momento em que os profissionais

"incomodam", ou "questionam" determinados serviços ou setores, frente a uma problemática da rede, ele instiga e coloca o outro em uma posição de reflexão crítica acerca deste questionamento, plantando ali uma semente de dúvida ou de possibilidade frente a situações ou necessidades da realidade do campo, por exemplo.

O Sanitarista enquanto micro apoiador de equipe: a reorganização do trabalho multiprofissional na Atenção Primária à Saúde

Silva, Sousa⁹, apontam dentre as possibilidades do processo de trabalho da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (eNASF-Ab) uma intencionalidade através do fazer do profissional sanitário, carregada de algumas limitações do modelo médico-hegemônico, e estranhamentos ao se depararem com esse profissional nas equipes de Saúde da Família (eSF). Logo uma das dimensões mais "confortáveis" é a dimensão institucional, por se aproximar por vezes de constituições operacionais, dinâmicas grupais e de aspectos de liderança⁹.

A terceira frente de trabalho se refere às contribuições do bacharel em Saúde Coletiva junto à equipe, na reorganização e organização do processo de trabalho em equipe, se dando a partir do: 1) fomento aos matriciamentos internos e priorização de reuniões clínicas de discussão de casos; 2) projetos terapêuticos singulares; 3) instrumentos de notificação, elaboração e monitoramento de agendas, instrumentos coletivos de vigilância, produção e classificação de prioridades da eNASF-AB; 4) construção de fluxos coletivos, no 5) planejamento de atividades, projetos e ações programadas; 6) viabilização e articulações de espaços de educação permanente, matriciamentos externos (junto às eSF), salas de espera, e fortalecimento dos projetos da Residência Multiprofissional de Saúde da Família com Ênfase na População do Campo (RMSFC); 7) resolução e mediação de conflitos internos e externos, buscando uma comunicação mais efetiva, a partir do apoio institucional junto a gestão municipal.

Em consonância com o exposto se pode observar o impacto da atuação do sanitário exercendo um protagonismo junto a profissional Assistente Social no desenvolvimento de costuras entre equipe NASF-Ab, eSF e as redes de atenção do município. Deste modo, inseridos em um modelo predominantemente hegemônico

assistencial, estes profissionais levaram a algumas instâncias e atores centrais da rede municipal, a importância da priorização do trabalho multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS) na realidade do campo, bem como no planejamento, avaliação de processos, regulações, articulações para casos específicos, aproximações e construção de comunicação entre setores, dispositivos ou redes, sendo a ponte entre a gestão, redes e os serviços na APS. Laurindo *et al.*¹⁶ enfatiza a intersetorialidade em ações de planejamento e avaliação local para que a partir disso, haja direcionamento na criação de estratégias e programas no SUS.

Figura 4 - Momentos de planejamento, campanha de vacinação quilombola contra a Covid-19 e construção Diagnóstico Rural Participativo (DRP) dos territórios cobertos pela eNASF-Ab, Caruaru/PE, 2021.



Fonte: Imagens autorizadas de autoria própria.

Conclusões

Frente a isto, como superar esse “fazer” desconhecido na Atenção Primária à Saúde (APS) do campo? Como reafirmar esse profissional presente nas práticas de cuidado em saúde? Qual o seu processo de trabalho enquanto apoio nesses territórios? Qual o seu “fazer” dentro de uma equipe de residência multiprofissional? O presente relato de experiência apresenta contribuições junto a estes questionamentos se forjando principalmente no levantamento de estratégias operacionais para a atuação do bacharel em Saúde Coletiva na APS do campo. São exemplos disso o desenvolvimento do trabalho em saúde de base territorial, a constituição deste sujeito

enquanto agente articulador de redes e serviços de saúde e na atuação do sanitarista frente a condução de estratégias para o trabalho multiprofissional na APS.

Os territórios são cenários vivos de trabalho na saúde, se faz necessário construir políticas, programas ou estratégias em saúde pública imbuídos de sentido para os territórios, dialogando com as necessidades de saúde reais, buscando romper com práticas de gestão da saúde desconectadas da realidade territorial. Uma atuação profissional com esta perspectiva tem a potencialidade de contribuir com a melhoria das condições de vida e saúde da população do campo. É nesse sentido, que um “fazer” na saúde do campo de base territorial, com participação popular, multiprofissionalidade e organicidade, precisa ser fortalecido, apoiado e construído no cotidiano dos serviços de saúde.

Neste processo, ao se colocar neste lugar de transformação crítica, emancipadora e problematizadora na perspectiva da Educação Popular em Saúde, aos poucos se pode avançar no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), pois são a partir de experiências singulares que se pode avançar nas discussões e ampliar as possibilidades de um fazer saúde pautado na afirmação de direitos sociais, principalmente frente a conjunturas políticas desafiadoras para a cidadania de povos e comunidades historicamente invisibilizados, como a população do campo, floresta e águas.

No entanto, se faz possível elencar algumas limitações da experiência, uma delas pode ser a necessidade de realização de novas investigações científicas com maior amplitude, o que inclui o estudo da inserção dos sanitaristas junto as populações das águas e florestas. Existe uma lacuna na literatura científica acerca do estudo e relato de experiências acerca do trabalho do sanitarista na APS, especialmente junto ao NASF-Ab do campo, águas e florestas. Além disso é escassa a incorporação destes processos de cuidado com bases territoriais, predominando ainda uma atuação centralizada nos níveis de gestão dos serviços de saúde.

A atuação desse profissional vem se conformando enquanto algo novo junto aos serviços de saúde, apresentando um novo cenário de transformação de práticas e reflexões. O relato aqui apresentado reflete um pedaço do caminho e das

possibilidades de trabalho e atuação profissional em territórios do campo, o que pode contribuir diretamente como base para a construção de trajetórias no espaço acadêmico ou na atuação junto a serviços de saúde para sanitaristas.

O avanço da discussão ocorre em paralelo a formação e inserção deste profissional nos mais diversos contextos de trabalho. Nota-se a necessidade de desenvolver e fortalecer estratégias no tocante às formações em saúde em formatos como graduação, especialização, pesquisa, extensão e educação permanente a partir das necessidades de comunidades rurais, quilombolas, ribeirinhas e indígenas. Em consequência disso, a produção de novas experiências e estudos apostando na capilarização dos sanitaristas na realidade viva do SUS, abrindo novos caminhos e lançando sementes férteis da Saúde Coletiva.

Referências

1. Gonçalves RBM. Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades. 1992; 53-53. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-11635>. Acesso em: 10 dez 2022.
2. Teixeira CF. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2003; 7: 163-166. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000200019>
3. Viana JL. Sou bacharel em Saúde Coletiva, e agora? Sobre quando novos sanitaristas entram no mundo do trabalho [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/23618> Acesso em: 15 nov 2022.
4. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface*. 2018; 22(66): 903-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0449>
5. Floss M, Franco CM, Malvezzi C, Silva KV, Costa BR, Silva VX *et al.* A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde.

- Cadernos De Saúde Pública. 2020; 36(7): 01-05. DOI:
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00108920>
6. Costa LA, Carneiro FF, Almeida MM, Machado MFAS, Dias AP, Menezes FWP, *et al.* Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. *Saúde debate.* 2019; 43(8): 36–49. DOI:
<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S803>
 7. Fernandez MV, Castro DM, Fernandes LMM, Alves IC. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. *APS em Revista.* 2020; 2(2): 114-121. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.84>
 8. Coelho OCS, Ferreira ATM, Mendonça RD. Pandemia COVID-19 e Ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na Rede SUS. *APS em Revista.* 2021; 3(3): 156-167. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i3.199>
 9. Silva LF, Sousa FOS. Atuação do sanitarista em equipes multiprofissionais na atenção primária a saúde: atividades, desafios e potencialidades. *Rev. Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social.* 2021; 9(4): 936-45. DOI:
<https://doi.org/10.18554/refacs.v9i4.4959>.
 10. Universidade de Pernambuco. Governo do Estado de Pernambuco. Projeto Metodológico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na População do Campo. Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na População do Campo Recife: UPE; 2015.
 11. Mussi RFF, Flores FF, Bispo-de-almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista práxis educacional.* 2021; 17(48): 1-18. DOI:
<https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>
 12. Vasconcelos EMA, Prado EV. Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 115-122.
 13. Ceccim RB. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: Caderno de educação popular e saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e

- Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília. 2007; 1: 78-82.
14. Laurindo AM, Santos ARL, Saraiva HANC, Ferreira JS, Brito MS, Lages I *et al.* . Das descobertas aos desafios do sanitarista na atenção Primária do campo: um relato de experiência na perspectiva do desconhecido. Revista Saúde em redes. In: Anais do 15º Congresso Internacional da Rede Unida. 2022; 8 (3). Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/83> Acesso em: 10 de ago 2022.
15. Brito MS, Laurindo AM, Jesus TC, Santos CO, Caldas BLS, Melo LC *et al.* O controle social nas políticas públicas em saúde da era Temer. Brazilian Journal of Health Review. 2021; 4 (6): 24598-24615. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-080>
16. Laurindo AM, Silva AV, Silva LF, Brito MS, Dias TB, Junior ASN *et al.* O planejamento na elaboração de um programa de saúde intersectorial no Estado de Pernambuco. Brazilian Journal of Health Review. 2021; 4 (6): 29591-29606, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-483>