



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**



JULIETE SALES MARTINS

**O SANITARISTA NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA:
PROCESSO DE TRABALHO NO CENÁRIO DE POLICLÍNICAS REGIONAIS DE
SAÚDE**

**Salvador, Bahia
2022**

**O SANITARISTA NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA:
PROCESSO DE TRABALHO NO CENÁRIO DE POLICLÍNICAS REGIONAIS DE
SAÚDE**

Juliete Sales Martins

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia, Campus I, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde, Políticas e Práticas. Linha de Pesquisa: Gestão do Trabalho, Políticas e Formação na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Thadeu Borges Souza Santos

**Salvador, Bahia
2022**

FOLHA DE APROVAÇÃO

"O SANITARISTA NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: PROCESSO DE TRABALHO NO CENÁRIO DE POLICLÍNICAS REGIONAIS DE SAÚDE"

JULIETE SALES MARTINS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA – MEPISCO, em 21 de fevereiro de 2022, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:



Professor(a) Dr.(a) THADEU BORGES SOUZA SANTOS

UNEB

Doutorado em Doutorado em Saúde Coletiva

Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia



Professor(a) Dr.(a) SILVANA LIMA VIEIRA

UNEB

Doutorado em Programa de Pós Graduação em Enfermagem

Universidade Federal da Bahia



Professor(a) Dr.(a) ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO

ISC/UFBA

Doutorado em Administração

Universidade Federal da Bahia

FICHA CATALOGRÁFICA
Sistema de Bibliotecas da UNEB

M386s

Martins, Juliete Sales

O sanitarista na atenção ambulatorial especializada: processo de trabalho no cenário de Policlínicas Regionais de Saúde / Juliete Sales Martins. - Salvador, 2022.

94 f.

Orientador: Prof. Dr. Thadeu Borges Souza Santos.

Inclui Referências

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - MEPISCO, Campus I. 2022.

1. Saúde Coletiva. 2. Atenção Secundária à Saúde. 3. Fluxo de Trabalho.

CDD: 001

*Dedico este trabalho a todas as mulheres que me
inspiram a resistir!*

AGRADECIMENTOS

Meu coração está repleto de gratidão por esta realização!

Assim, registro meus agradecimentos a todos e todas que contribuíram com essa conquista:

A Deus e outras forças do universo que me fizeram seguir com equilíbrio e serenidade, mesmo nos momentos em que parecia impossível conciliar a rotina do trabalho como os estudos, num contexto pandêmico.

À minha família, pelos valores e apoio incondicional aos meus estudos. À Marcela, pelo incentivo constante e por me lembrar que era possível todas as vezes que desanimei.

Ao meu orientador, Thadeu Borges Souza Santos, por acreditar no meu potencial e nos meus projetos desde a residência em Saúde Coletiva... Já se somam mais de seis anos de parceria. Agradeço também às professoras Dra. Isabela Pinto e Dra. Silvana Vieira, que compõem minha banca, pelas contribuições significativas desde a qualificação.

As (aos) colegas de trabalho e participantes da pesquisa, que de toda forma inspiraram a elaboração desse estudo. Aos meus amigos e amigas que vibraram com a minha aprovação e continuam vibrando com a conclusão desse processo.

Por fim, agradecer imensamente à Saúde Coletiva e ao MEPISCO, por inspirar meu trabalho e minha luta diária por um sistema de saúde público, universal e equânime.

“O rio, quando esquece onde nasce, seca e morre”.

(Provérbio Africano)

MARTINS, Juliete Sales. 2022. **O sanitaria na atenção ambulatorial especializada: processo de trabalho no cenário de policlinicas regionais de saúde.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2022.

RESUMO

Introdução: O processo de trabalho em saúde é um elemento reflexivo, que se propõe prevenir, manter ou restaurar a saúde das pessoas. Historicamente, os sanitaria desenvolvem importante papel na compreensão dos determinantes sociais em saúde e na contextualização da saúde para além da perspectiva biológica, principalmente quando se atenta para os níveis de atenção, especialmente à Atenção Ambulatorial Especializada. **Objetivo:** analisar o processo de trabalho do sanitaria para gestão de Policlinicas Regionais de Saúde (PRS), do estado da Bahia. **Metodologia:** pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, cujo cenário se constituiu pelas 21 PRS do estado da Bahia e, como participantes, nove profissionais sanitaria assessores técnicos destas instituições. Os dados foram produzidos por meio de pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas, analisados categoricamente em conformidade ao referencial da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde. Cumpriu-se os aspectos éticos e teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Universidade do Estado da Bahia (UNEB) com CAAE nº 45857121.5.0000.0057. **Resultados:** os resultados da pesquisa foram estruturados em três produções científicas e uma técnica. Em formato de capítulo, apresenta-se síntese da literatura sobre atenção ambulatorial especializada e sua conformação atual no SUS e Bahia. E em formato de artigos científicos, apresentam-se dois resultados empíricos da pesquisa de campo: reconhecimento do perfil de sanitaria desejado para o trabalho na PRS, bem como suas atribuições; e os elementos do processo de trabalho do sanitaria na AAE, principais potencialidades e desafios. Aproveita-se para relatar experiência de ação educativa para readequação do processo de trabalho na recepção de uma das PRS, desenvolvida enquanto produção técnica desta dissertação. **Conclusão:** a AAE está em processo de expansão no estado da Bahia, por meio da implantação das PRS. Neste cenário, o profissional sanitaria foi escolhido para compor a equipe gestora, considerando seus múltiplos saberes e habilidades. Ao analisar o processo de trabalho dos sanitaria, sob a ótica da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, concluiu-se que eles são importantes articuladores, porém, existe a necessidade de redefinição das atribuições desses profissionais, com vistas a superar ou minimizar os desafios evidenciados pelo estudo.

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Processo de trabalho, Atenção Secundária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The health work process is a reflexive element, which is planned to prevent, maintain or restore people's health. Historically, health professionals play an important role in understanding the social determinants of health and in the contextualization of care beyond health, especially when considering the levels of care, especially outpatient care. Objective: to analyze the work process of the sanitarian for the management of Regional Health Polyclinics (PRS), in the state of Bahia. Qualitative methodology, of the case study type, whose scenario was constituted by 21 PRS from the state of Bahia and, as participants, nine sanitary technicians advisors of these professional institutions. Data were collected through documental research and structured interviews, categorically analyzed in accordance with the Theory of Health Work. The ethical aspects were complied with and approved by the Research Ethics Committee at the Universidade do Estado da Bahia (UNEB) with CAAE No. 45857121.5.0000.0057. Results: the research results were made in scientific productions and a technique. In chapter format, a synthesis of the literature on specialized outpatient care and its current configuration in SUS and Bahia is presented. And in the form of scientific articles, two empirical results proposed from the field research are presented: recognition of the profile of the health worker desired for work in the PRS, as well as their attributions; and the elements of the health worker's work process in the AAE, main strengths and challenges. Take the opportunity to report the experience of educational action to read the work process at the reception of one of the PRS, developed while the technical production of this dissertation. Conclusion: AAE is in the process of expansion in the state of Bahia, through the implementation of PRS. In this scenario, the sanitarian was chosen for the management team, considering their multiple knowledge and professional skills. When analyzing the work process of sanitarians, from the perspective of the Theory of the Work Process in Health, it was concluded that they are important articulators, however, there is a redefinition of the attributions of these needs, with a view to overcoming or minimizing the challenges evidenced by the study.

Keywords: Public Health, Health Work Process, Secondary Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAE - Atenção Ambulatorial Especializada
- APS - Atenção Primária à Saúde
- AS - Atenção Secundária
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- MAC - Média e Alta Complexidade
- PRS – Policlínicas Regionais de Saúde
- RAS - Rede de Atenção à Saúde
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
- SIA - Sistema de Informação Ambulatorial
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição de Policlínicas Regionais de Saúde por macrorregiões de saúde do SUS Bahia	19
Figura 2 -	Elementos estruturantes do processo de trabalho em saúde, segundo Gonsalves (1992)	21

GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Produção Ambulatorial de Média Complexidade do SUS, por região do Brasil, de 2016 a 2021	28
Gráfico 2 -	Produção Ambulatorial de Alta Complexidade do SUS, por região do Brasil, de 2016 a 2021	29

QUADROS

Quadro 1 -	Síntese metodológica da produção científica e técnica da pesquisa sobre o processo de trabalho do sanitarista na Atenção Ambulatorial Especializada	17
Quadro 2 -	Perfil de profissionais sanitaristas exigido para gestão de Policlínicas Regionais de Saúde no SUS Bahia, segundo critérios exigidos em editais de seleção pública	37
Quadro 3 -	Atribuições dos Sanitaristas nas Policlínicas Regionais de Saúde, na Bahia, segundo regimentos internos	42
Quadro 4 -	Elementos do processo de trabalho do sanitarista na Atenção Ambulatorial Especializada, na Bahia, 2021.....	50

TABELAS

Tabela 1 -	Produção Ambulatorial do SUS - por gestor - Bahia. Quantidade aprovada por procedimento e ano de atendimento, de 2016 a 2021..	29
Tabela 2 -	Produção Ambulatorial do SUS - por gestor - Bahia. Quantidade aprovada por subgrupo de procedimento e ano de atendimento, de 2016 a 2021	30

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3. METODOLOGIA	17
3.1 Tipo de estudo	18
3.2 Locus do estudo.....	18
3.3 População do estudo	19
3.4 Instrumentos de coleta de dados	20
3.5 Plano de produção e tratamento de dados.....	20
3.6 Plano teórico-analítico.....	21
3.7 Aspectos éticos	22
4. RESULTADOS	23
4.1 Capítulo - Atenção Ambulatorial Especializada no SUS: o fenômeno da ampliação da rede de serviços através das Policlínicas Regionais de Saúde na Bahia.	23
4.2 Artigo 1 - O Sanitarista como agente do trabalho na Atenção Ambulatorial Especializada: uma análise documental	34
4.3 Artigo 2 - O sanitarista na Atenção Ambulatorial Especializada: processo de trabalho no cenário de implantação de Policlínicas Regionais de Saúde	47
4.4 Produto técnico - Importância do sanitarista na Atenção Ambulatorial Especializada do SUS: relato de ação educativa para preenchimento do quesito raça/cor no cadastramento de usuários de Policlínica Regional de Saúde da Bahia	67
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	86
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	89
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	91

1. INTRODUÇÃO

O processo de trabalho em saúde é considerado um elemento reflexivo, com o objetivo de prevenir, manter ou restaurar a saúde das pessoas. Sendo assim, é imprescindível para a sociedade. Todavia, o trabalho em saúde é permeado por incertezas e descontinuidades, sendo complexa a normatização de funções técnicas e definição de critérios rígidos (PEDUZZI; 2003).

Complementar a essa ideia, Faria e Araújo (2010) demarcaram a imprevisibilidade do trabalho em saúde, já que seu objeto é a vida humana, e tal imprevisibilidade possibilita a adoção de variadas estratégias e experimentação de práticas, tornando o processo de trabalho um espaço privilegiado para produção de saberes.

Em saúde especialmente, não tem como a compreensão sobre o processo de trabalho não recorrer à produção intelectual de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, autor que formulou a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde a partir da análise do trabalho médico, e que servirá como referencial teórico para este estudo sobre o processo de trabalho de sanitaristas que atuam em Policlínicas Regionais de Saúde (PRS) do Sistema Único de Saúde (SUS) Bahia. Então, a concepção teórica sobre processo de trabalho se baseou nas considerações de Marx, que tomava como base a produção de bens materiais, ou ainda, de forma mais aprofundada, a atuação do homem sobre um objeto, utilizando instrumentos de trabalho para a produção de algo, com um determinado fim (GONÇALVES, 1992; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

Com base nesses elementos, Gonçalves (1992) analisou os componentes do processo de trabalho em saúde: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes. Paim (2017, p. 378) chama atenção que estes, resumidamente, “constitui-se mais por momentos que por componentes ou etapas, em face da articulação entre os distintos elementos”.

Estreitando o tema processo de trabalho em saúde para o campo da gestão, Lorenzetti e colaboradores (2014, p.418) conceituaram como “o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde”. A gestão em saúde implica em administrar empreendimentos de saúde públicos ou privados, bem como criar e implementar políticas públicas. Essa atividade de executar políticas públicas destaca o gestor de saúde como um agente indispensável para a consolidação do SUS, e assim ocupa um cargo social importante na sociedade (GABARDO et al., 2017; PAIVA et al, 2018).

Nessa perspectiva, o estudo objetivou analisar o processo de trabalho dos sanitaristas na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Historicamente, esses profissionais tem um papel importante na compreensão dos determinantes sociais da saúde e na contextualização da saúde para além do corpo. São sujeitos que trabalham para a resolução de problemas que afetam o coletivo (PAIM, 2006; BEZERRA et al, 2013).

Para melhor compreensão do sujeito sanitarista é importante conhecer os movimentos ideológicos no campo social da saúde, que antecederam e culminaram na Saúde Coletiva, tendo em vista que estes estão diretamente relacionados ao contexto histórico, que determina a inserção social e política desse sujeito na saúde do Brasil (GONÇALVES, 2015). Especialmente, o pensamento da Medicina Social, registrado no final da década de 1960, propôs um olhar mais amplo para o campo da saúde, buscando enfrentar as fragilidades da formação, assistência e planejamento da saúde. Aliado a esse pensamento, o movimento universitário, os trabalhadores e outros seguimentos populares descontentes com a situação de saúde do país propuseram a transformação do Estado brasileiro no campo social, por meio da Reforma Sanitária Brasileira (GONÇALVES, 2015). Paim (2008) apud Osmo e Schraiber (2015, p. 212) destacou que, “muito além de um projeto de reforma setorial da saúde, constituía-se como um amplo projeto de reforma social”.

Assim, a Saúde Coletiva se consolidou no Brasil no final da década de 1970 a partir da crítica à Medicina Preventiva e Comunitária, entretanto, fortalecida pela Medicina Social. A Saúde Coletiva é reconhecida como um campo científico em construção na América Latina, alicerçado pelos eixos disciplinares da Epidemiologia, Ciências Sociais, Planejamento e Gestão em Saúde, que buscou produzir conhecimento para embasar a luta pela democratização da saúde. Nesse contexto, a insuficiência na formação tradicional de profissionais de saúde e a possibilidade de mudança no modelo de atenção ratificaram a importância da qualificação do sanitarista (PAIM, 2006; LORENA et al, 2016)

Estudos indicaram que a atuação dos sanitaristas se concentra em cargos e funções de coordenação e nas vigilâncias em saúde, sendo importante e necessária a desconcentração para outros níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) (CECCIM, 2002; BEZERRA et al, 2013; LORENA et al, 2016).

A atuação do sanitarista especificamente na AAE foi objeto de estudo dessa pesquisa, cuja relevância foi justificada pela carência por reflexões sobre esta perspectiva, o que se configura como uma lacuna na produção científica, visto que não foram encontrados estudos sobre o tema. A AAE se constitui como um nível importante para consolidação da Rede de Atenção à Saúde. Ela é conceituada como

[...] conjunto de ações e serviços especializados em nível ambulatorial, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, que compreende serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico. Devendo ainda ser referência assistencial e consultora para a APS (GUEDES et al., 2019, p.2126).

É um nível de atenção que enfrenta desafios a ponto de ser conhecido como o “gargalo do SUS”. Contudo, conforme dados registrados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), a produção dos serviços está em crescimento ao longo dos anos. Esse fator pode ser justificado pela adoção de estratégias de aumento da cobertura dos serviços de média e alta complexidade ambulatorial. De forma exemplar, o estado da Bahia priorizou a implantação de Policlínicas Regionais de Saúde nos Planos Estaduais de Saúde dos últimos oito anos, de modo a contemplar todas as 28 regiões de saúde (SOLLA; CHIORO, 2012; SOLLA; PAIM, 2014; PINTO ET AL., 2019).

E nesse contexto, objetivou-se analisar o processo de trabalho do sanitarista na gestão de Policlínicas Regionais de Saúde, do estado da Bahia.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o processo de trabalho do sanitarista na gestão de Policlínicas Regionais de Saúde, do estado da Bahia.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil do profissional sanitarista das Policlínicas Regionais de Saúde, do estado da Bahia;
- Identificar os elementos do processo de trabalho do sanitarista em Policlínicas Regionais de Saúde, do estado da Bahia;
- Descrever as atividades realizadas pelos sanitaristas, conhecendo as potencialidades e desafios para gestão de Policlínicas Regionais de Saúde, do estado da Bahia.

3. METODOLOGIA

A importância da metodologia científica para os estudos acadêmicos corresponde ao próprio desenvolvimento do conhecimento (PRODANOV; FREITAS, 2013). Para Minayo (2002, p,16) “enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado capazes de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática”, o que se constitui como um desafio para o (a) pesquisador (a). Diante disso, foram descritos os elementos fundamentais para desenvolvimento desta pesquisa, bem como o caminho metodológico percorrido para alcance dos objetivos.

Nesse sentido, este estudo foi estruturado em quatro produções, sendo três científicas e uma técnica, que podem ser sumarizadas no Quadro 1, que apresenta os respectivos aspectos metodológicos adotados.

Quadro 1. Síntese metodológica da produção científica e técnica da pesquisa sobre o processo de trabalho do sanitarista na Atenção Ambulatorial Especializada.

Títulos	Método	Tipo de estudo	Plano de produção de dados	Plano de Análise de dados	Produção técnico-científica
Atenção Ambulatorial Especializada no SUS: o fenômeno ampliação da rede de serviços através das Policlínicas Regionais de Saúde, na Bahia		Pesquisa bibliográfica	- Artigos; - Capítulos de livros; - Documentos oficiais	Descritivo	Capítulo
O Sanitarista como agente do trabalho na Atenção Ambulatorial Especializada: uma análise documental		Pesquisa documental	- Editais de seleção pública - Regimentos internos	Análise temática fundamentada na Teoria do Processo de Trabalho em Saúde	Artigo 1
O sanitarista na Atenção Ambulatorial Especializada: processo de trabalho no cenário de implantação de Policlínicas Regionais de Saúde		Pesquisa exploratória analítica	- Entrevistas semiestruturadas		Artigo 2
Importância do sanitarista na Atenção Ambulatorial Especializada do SUS: relato de ação educativa para preenchimento do quesito raça/cor no cadastramento de usuários de Policlínica Regional de Saúde da Bahia		Relato de experiência	- Ação educativa	Descritivo	Produto Técnico

Fonte: elaborado pela autora

3.1 Tipo de estudo

Para esta pesquisa considerou-se adequada a abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo para

[...] compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2010, p.23).

A investigação se caracterizou como um estudo de caso, que utiliza meios qualitativos para o mapeamento, descrição e análise de contextos, relações e percepções sobre o caso estudado (MINAYO, 2010, p.164).

3.2 Locus do estudo

Para o desenvolvimento do estudo o cenário considerado foram as PRS, que integram parte da rede da MAC ambulatorial do estado da Bahia. As PRS são Unidades Especializadas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, de média e alta complexidade da AS, considerada do tipo II, com atendimento 100% SUS (BAHIA, 2017).

A implantação das PRS estava prevista no Plano Estadual de Saúde 2016-2019 e teve início em 2017, com o objetivo de contribuir com os municípios para garantir a oferta de serviços na AS cobrindo o vazio assistencial identificado no estado, e por conseguinte ampliando o acesso ambulatorial às especialidades médicas, exames e procedimentos diversos em todas as regiões de saúde (BAHIA, 2016; BAHIA, 2019).

Para viabilizar a manutenção das PRS com o rateio dos custos, a gestão estadual constituiu Consórcios Interfederativos de Saúde com a gestão municipal, que tem sua formação normatizada pelo Decreto nº 7.508 de 2011. O referido decreto é favorável à estruturação de uma rede de saúde regionalizada, colocando o Planejamento Regional Integrado como processo de contínua negociação entre gestores de uma região (BRASIL, 2011b).

Figura 1 – Distribuição de Policlínicas Regionais de Saúde por macrorregiões de saúde do SUS Bahia, 2021



Fonte: Página oficial da Secretaria da Saúde da Saúde do Estado da Bahia, disponível em Bahia (2021).

3.3 População do estudo

A população do estudo foi constituída pelos sanitaristas que desempenham a função de assessores técnicos nas PRS. Para cada policlínica são contratados dois sanitaristas via seleção pública. Atualmente, para população do estudo, somam-se 42 profissionais com tal perfil, mas nove foram participantes da pesquisa.

Os critérios para suas inclusões enquanto participantes foi serem sanitaristas das policlínicas com maior tempo de implantação nas macrorregiões de saúde e com atuação mínima de 12 meses na função; enquanto que como critérios de exclusão, desconsiderou-se aqueles profissionais que estavam afastados das atividades, por qualquer motivo, no momento da coleta de dados.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

As técnicas de produção de dados adotadas foram pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. A pesquisa documental teve como fontes os editais de seleção pública disponíveis eletronicamente na internet e regimentos internos das policlínicas, publicados em diário oficial. Atenta-se que para este tipo de investigação a pesquisadora tem o desafio de selecionar documentos e respectivos recortes que apresentem utilidade ao estudo (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A segunda fonte decorreu das entrevistas com informantes-chaves, para captar explicações e interpretações sobre os fatos pesquisados (GIL, 2002). Nesse contexto, foi utilizada a entrevista semiestruturada, fundamentada no referencial teórico da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde (GONÇALVES, 1992) e composta por um conjunto de questões disparadoras que permitiram o diálogo com os participantes do estudo. As entrevistas foram realizadas virtualmente por meio de *software* de videoconferência devido necessidade de respeito às medidas de distanciamento social associadas às recomendações sanitárias da COVID-19.

3.5 Plano de produção e tratamento de dados

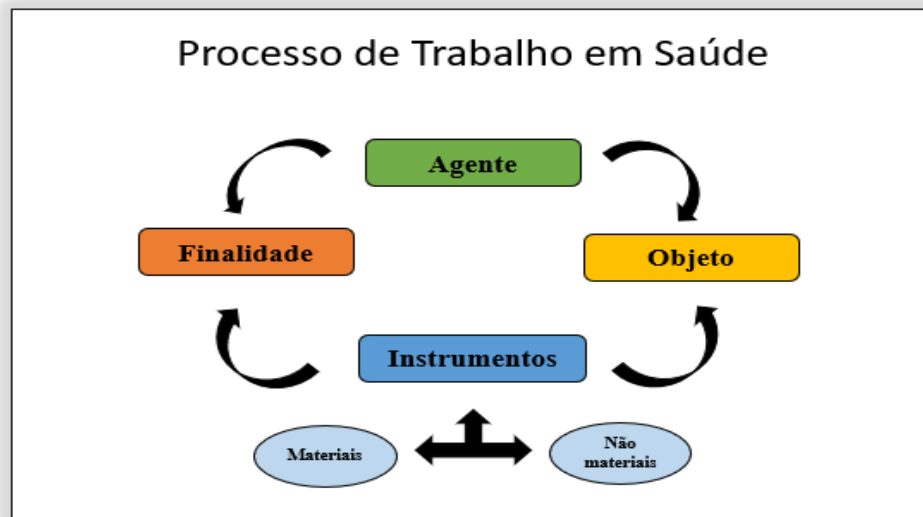
O plano de produção e tratamento dos dados ocorreu em duas etapas. Na primeira, as entrevistas foram realizadas individualmente, conforme agendamento prévio e através de videoconferência gravada, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante (apêndice A). Posteriormente, a gravação das entrevistas semiestruturadas foram transcritas na íntegra e submetidas ao plano teórico-analítico.

A segunda etapa da produção de dados aconteceu através da busca documental física e/ou digital, lida por completo para reconhecimento de fragmentos correspondentes ao objeto de estudo. Em seguida, foi submetida ao plano de teórico-analítico documental.

3.6 Plano teórico-analítico

Para análise dos dados após tratamento, foi utilizado o referencial teórico de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, médico especialista em Medicina Preventiva e Social e Saúde Pública (AYRES, 2014) que formulou a Teoria do Processo de Trabalho a partir da sua fundamentação teórica em Karl Marx. Gonçalves estabeleceu que quatro componentes estruturam o processo de trabalho em saúde: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes (Figura 2) (PAIM, 2017).

Figura 2. Elementos estruturantes do processo de trabalho em saúde, segundo Gonsalves (1992).



Fonte: Elaboração própria da autora.

O objeto se caracteriza por aquilo que vai sofrer a ação do agente, o que se transforma. O referido objeto não é posto, ele só se torna quando o sujeito o delimita e lhe confere uma finalidade (GONÇALVES, 1992 apud PAIM, 2017). No campo da saúde, as necessidades humanas de saúde se constituem como tal (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009)

Os instrumentos são elementos ou um conjunto destes utilizados para executar as ações de transformação no objeto de trabalho. No processo de trabalho em saúde existem instrumentos materiais como os equipamentos, medicamentos e instalações, e os não materiais, como os saberes, as competências, responsáveis pela apreensão do objeto (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009; PAIM, 2017).

Segundo os mesmos autores, os trabalhadores são os agentes do trabalho que imprimem finalidade ao objeto. Contudo, o agente pode ser interpretado também como instrumento do trabalho. E assim, a dinâmica entre objeto, meios e agente do trabalho torna

possível não somente o processo de trabalho, mas também o estabelecimento de relações sociais.

Dessa maneira, partindo dos elementos sobre processo de trabalho propostos por Gonçalves (1992), que se adequaram satisfatoriamente ao problema de pesquisa, foram estruturadas as categorias de análise do estudo, que guiaram a construção dos instrumentos de coleta de dados citados. Entende-se por categorização da análise “[...] procedimento analítico aplicável a qualquer comunicação, entrevistas, depoimentos desde que devidamente transcritos” (GIL, 2009, p.98).

3.7 Aspectos éticos

O desenvolvimento deste projeto de pesquisa seguiu normas estabelecidas pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado da Bahia (MEPISCO/UNEB). Assim, respeitaram-se as etapas de qualificação do projeto por banca de avaliação, adequação às recomendações e submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com parecer de aprovação nº 4.715.828, CAAE: 45857121.5.0000.0057 (anexo A). Foi conduzido respeitando a Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que incorpora referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

Sendo uma pesquisa com seres humanos, existiram riscos à dimensão moral, intelectual e social dos participantes. Nesses casos, possíveis desconfortos ou constrangimentos foram minimizados garantindo-lhes anonimato, sigilo e confidencialidade das informações fornecidas; respeito aos princípios éticos; privacidade durante as fases de coleta de dados; gravação da entrevista semiestruturada apenas com autorização e utilização dos dados coletados exclusivamente para fins científicos.

Tais condições foram especificadas no TCLE (apêndice A), que ao ser assinado, o participante assume compromisso, mas confere liberdade para se retirar do estudo em qualquer fase, estando livre de penalizações. Após aprovação pelo CEP, a pesquisa seguiu protocolo de pesquisa estabelecido na metodologia.

4. RESULTADOS

4.1 Capítulo - Atenção Ambulatorial Especializada no SUS: o fenômeno da ampliação da rede de serviços através das Policlínicas Regionais de Saúde na Bahia.

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO SUS: O FENÔMENO DA AMPLIAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS ATRAVÉS DAS POLICLÍNICAS REGIONAIS DE SAÚDE NA BAHIA

INTRODUÇÃO

As ações da Atenção Especializada são caracterizadas por práticas e conhecimentos assistenciais que incorporam processos de trabalho com densidade tecnológica. O cuidado por meio da assistência especializada é necessário para dar efetividade às ações básicas, aproximando o sistema de saúde da integralidade desejada (SOLLA; CHIORO, 2012; TESSER E POLI NETO; 2017).

Para fins de compreensão da problemática de estudo, alguns autores utilizam os termos Atenção Secundária e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) como sinônimos, mas é necessário cautela, já que no escopo de ações da Atenção Secundária estão inclusos os serviços hospitalares, sendo necessário cuidado nessa relação de sinonímia, pois ações secundárias estão em um conjunto mais amplo, podendo ou não envolver as atividades ambulatoriais. Dessa forma, o termo AAE será adotado no estudo, sendo definida como um conjunto de ações de nível ambulatorial com densidade tecnológica, situada entre a Atenção Primária e a Atenção Hospitalar, que compreende serviços especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico (GUEDES et al., 2019).

De modo geral, o tema é importante lacuna de conhecimento científico, tendo ocorrido um leve avanço nos últimos anos em consequência dos estudos sobre estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), visando superação de um sistema fragmentado e aumento da eficiência. Fato que justifica a necessidade de intensificar a realização de pesquisas sobre a temática (BRASIL, 2015a; GUEDES et al., 2019).

Alguns estudiosos apontam que a AAE é um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo conhecida como um gargalo pela estruturação insuficiente, demanda excessiva de procedimentos e baixa oferta, déficit em algumas especialidades médicas,

serviço ambulatorial fortemente vinculado ao setor privado e a rigidez do teto financeiro, além da indefinição dos papéis dos entes federativos na organização da rede (SOLLA; PAIM, 2014; ROMANO; SCATENA, 2014; PINTO et al., 2019). Contudo, há quem defenda a ideia de que os serviços ambulatoriais não são insuficientes, o que falta necessariamente é reorganização das relações entre a APS e a AAE (BRASIL; 2015a).

Quanto a sua institucionalidade, ainda não se regulamentou uma política nacional para a AAE, como ocorreu para a atenção básica e hospitalar. De tal modo, aponta-se para necessidade de investimentos na elaboração de políticas públicas voltadas para a organização da AAE na perspectiva da RAS.

Neste sentido, estratégias inovadoras têm sido implementadas por alguns estados brasileiros, a exemplo da ampliação dos serviços especializados por meio de policlínicas. Como exemplo, o estado da Bahia priorizou a proposta da ampliação da cobertura de AAE em seu Plano Estadual de Saúde de 2016-2019 e 2020-2023, subsidiando a implantação de Policlínicas Regionais de Saúde (PRS) em todo território baiano, mantidas por Consórcios Públicos de Saúde (BAHIA, 2016; BAHIA, 2020).

A seguir, serão apresentados aspectos gerais sobre a AAE, seus desafios e proposta de ampliação da oferta de serviços ambulatoriais no estado da Bahia, por meio das PRS.

Considerações sobre a Atenção Ambulatorial Especializada

A lei federal 8.080/90 que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu a integralidade da assistência como um dos seus princípios doutrinários, “[...] entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Visando essa integralidade, o sistema público foi organizado baseado em outros princípios fundamentais postos pela mesma lei: regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990, p. 03).

Nessa perspectiva de atenção integral, há a tentativa de estruturar o SUS segundo a lógica de rede de atenção. A portaria nº 4.279/2010, estabeleceu diretrizes para a organização da RAS no SUS, entendida com “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscaram garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 01).

No Brasil, juridicamente a concepção de rede é formalizada por meio de da referida portaria, que estabelece diretrizes para a organização da RAS, no âmbito do SUS e o Decreto

nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/90 e explicita que “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011a).

Apesar dos marcos normativos serem um importante avanço, não foram apresentadas propostas e investimento federal para a construção concreta da RAS. Não foram especificadas as formas de operacionalizar as relações entre APS e atenção especializada, embora exista a necessidade de comunicação contínua entre os níveis de atenção, e “não há diretrizes operacionais claras e recursos substanciais para induzir a ampliação e a estruturação da atenção especializada” (TESSE; POLI NETO, 2016, p.942).

Outro conceito fundamental na discussão sobre RAS é o de níveis de atenção. O termo surgiu em debates internacionais propostos pela Organização Mundial da Saúde já na década de 60 e foi definido como arranjos produtivos organizados com base na densidade tecnológica, indo do menor nível, passando pelo intermediário, até o de maior densidade tecnológica (BRASIL, 2010; PINTO et al., 2019).

Assim, os níveis são denominados de APS, caracterizado pelas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família (ESF); Atenção Secundária, compreendendo centros de especialidades e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), sendo assim, é o nível onde está situada a AAE. E por fim, Atenção Terciária, representada pela atenção hospitalar (SOLLA; CHIORO, 2012; PINTO et al, 2019).

Nessa linha, Solla e Chioro (2012), conceituaram a AAE como área onde são desenvolvidas ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais que envolvem processos de trabalho que demandam maior densidade tecnológica. Guedes e colaboradores (2019, p.2126) trouxeram um conceito muito próximo, quando considerou que a AAE é um

[...] conjunto de ações e serviços especializados em nível ambulatorial, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, que compreende serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico. Devendo ainda ser referência assistencial e consultora para a APS.

A AAE no SUS é segmentada em Média e Alta Complexidade Ambulatorial (MAC). Para melhor entendimento, os termos habitualmente são explicados separadamente. A média complexidade são ações e serviços realizados para atender as necessidades de saúde da população, cuja prática clínica demande profissionais especializados e recursos tecnológicos com um menor valor financeiro. Quanto a alta complexidade, é um conjunto de procedimentos que incluem alta tecnologia e alto custo, cujo objetivo é proporcionar à população acesso a serviços de qualidade (BRASIL, 2011b; SOLLA; CHIORO, 2012).

Quanto a sua institucionalidade, ainda não se regulamentou uma política nacional para a AAE, como ocorreu para a atenção básica e hospitalar. Mas historicamente, este nível de atenção é normatizado pelos custos dos procedimentos dispostos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do SUS, conhecida popularmente como Tabela SUS, uma das características de um sistema pensado com base na oferta e não na demanda (ROMANO; SCATENA, 2014; PINTO et al., 2019).

Entretanto, em 2015, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.631 (BRASIL, 2015b), que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, que gerou o Parâmetro SUS, um documento com vistas a auxiliar os gestores no planejamento baseado nas “necessidades de saúde da população pensadas independente de restrições financeiras, séries históricas da oferta de serviços ou outros condicionantes” (BRASIL, 2015c, p. 04).

Esse documento foi construído com base em produções científicas nacionais e internacionais, considerando critérios utilizados no dimensionamento das necessidades em saúde, em países com sistemas de saúde centrados na APS, e municípios brasileiros com ampla cobertura pela ESF e que contam com complexos reguladores consolidados (BRASIL, 2015c).

Desafios da Atenção Ambulatorial Especializada

No Brasil, os serviços ambulatoriais estão concentrados em unidades públicas de abrangência regional, sob gestão das secretarias municipais ou estaduais de saúde, atuando como referência para casos advindos da APS e do cuidado hospitalar, ou são contratualizados na sua maioria no setor privado, principalmente os de alta complexidade, já que o sistema público não possui capacidade física instalada para atender às necessidades da população (SOLLA; CHIORO, 2012).

Em muitos municípios brasileiros o serviço ambulatorial continua fortemente vinculado ao setor privado com ou sem fins lucrativos. Essa contratualização dá certa agilidade e resolutividade aos problemas dos usuários que conseguem ter acesso, entretanto a falta de regulação e controle permite que o setor privado distorça o cenário, escolhendo a demanda por enfermidade e realizando os procedimentos que são mais rentáveis, o que acaba determinando o padrão de oferta do SUS, que historicamente não leva em consideração as necessidades e o perfil epidemiológico da população, credenciando serviços no SUS sem critérios de base populacional (ROMANO; SCATENA, 2014).

Além dessa problemática envolvendo a oferta de serviços, existem outras dificuldades, que se subdividem em problemas de atenção e problemas de gestão. Os primeiros são

[...] excesso de pedidos de consultas com especialistas; solicitação de exames complementares desnecessários; utilização desses serviços para realização de procedimentos não cobertos pelos planos de saúde ou não autorizados pelas operadoras; rede privada organizada em uma lógica completamente diferenciada do SUS, com excesso de serviços especializados submetidos a intensa concorrência (SOLLA; PAIM, 2014, p. 345).

Já com relação aos problemas de gestão, se destacaram a rigidez do teto financeiro; processo de credenciamento, contratos e convênios realizados sob influências da pressão do setor privado e de práticas clientelistas da política e da gestão, além da indefinição dos papéis dos entes federativos na organização da rede, mesmo com todas as tentativas de normatização por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS 01/2002) e do Decreto 7.508/2011 (SOLLA; PAIM, 2014).

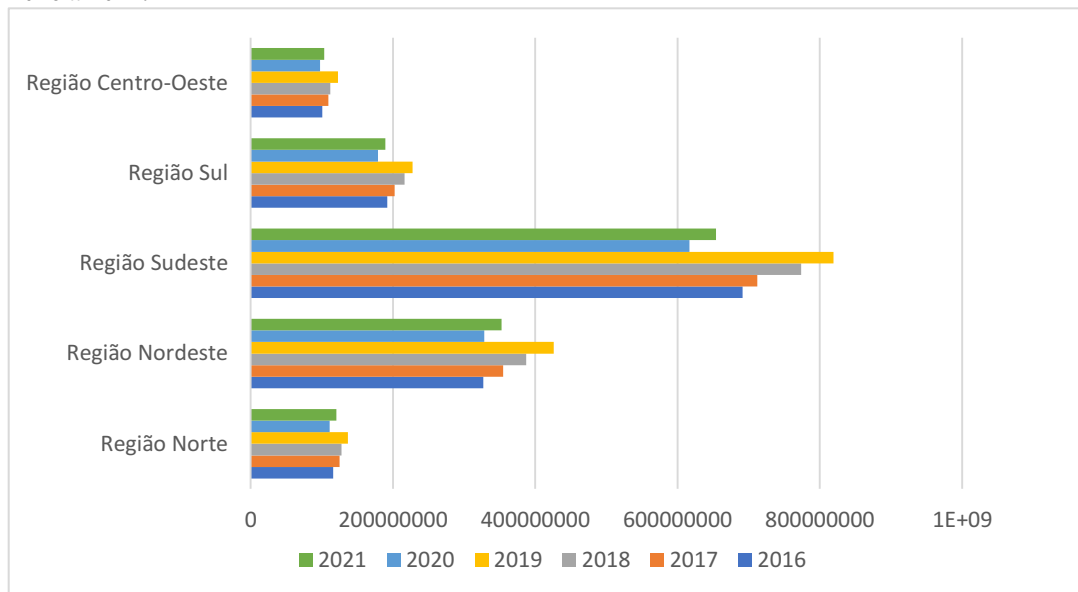
Pelos desafios citados anteriormente, pela expansão da APS, que gerou aumento da demanda de SADT, e por esse nível de atenção ainda se constituir como a primeira porta de entrada para uma parcela de usuários, estudiosos concordam que a AAE se constitui como um gargalo no SUS (SOLLA; CHIORO, 2012; SOLLA; PAIM, 2014; PINTO et al, 2019).

O CONASS vai de encontro a esse pensamento, quando diz que o diagnóstico recorrente de que a AAE se constitui como um funil é “muitas vezes baseado em ideias de senso comum”, pela oferta insuficiente, chamada de vazio assistencial. Ressalta que o déficit em algumas especialidades é inegável, mas uma análise mais profunda pode elucidar que alguns problemas que se mostram em forma de vazios assistenciais podem ser resolvidos utilizando novas maneiras de organizar as relações entre a APS e a AAE, sem necessariamente ofertar mais serviços ambulatoriais (BRASIL, 2015a).

Cobertura da Atenção Ambulatorial Especializada no Brasil

Mesmo com todos os entraves apresentados, a AAE vem aumentando o número de procedimentos realizados ao longo dos anos, conforme produção registrada no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). A ampliação ocorre tanto para os procedimentos de média quanto de alta complexidade, com prováveis causas relacionadas ao aumento da cobertura da ESF; aumento da expectativa de vida, consequentemente crescimento da população idosa e do número de doenças crônicas no Brasil (SOLLA; CHIORO, 2012; PINTO et al., 2019).

Gráfico 1. Produção Ambulatorial de Média Complexidade do SUS, por região do Brasil, de 2016 a 2021.

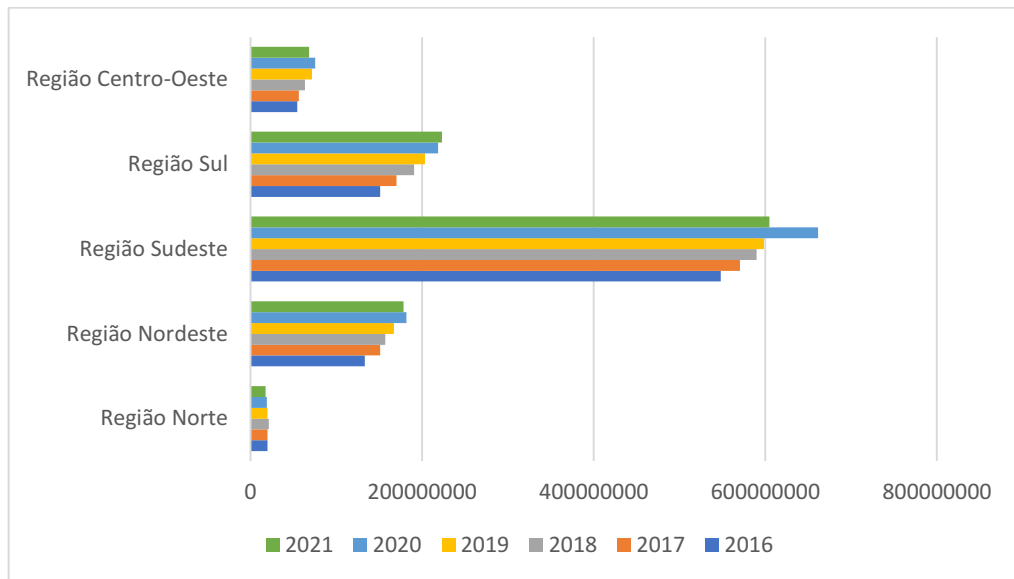


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

O gráfico 1 evidencia o aumento da produção ambulatorial de média complexidade do SUS das regiões brasileiras entre os anos de 2016 e 2020. Nesse grupo, estão compreendidos os procedimentos de radiodiagnóstico e ultrassonográficos, patologia clínica, pequenas cirurgias, consultas especializadas, entre outros. Solla e Chioro (2012), observaram que o crescimento da produção ambulatorial vem ocorrendo desde 2005, quando a produção ultrapassou a marca de 1 bilhão de procedimentos. Contudo, a média complexidade ainda representa um dos maiores pontos de estrangulamento do SUS, considerando a dificuldade de acesso, baixa integração das ações dos níveis de atenção à saúde e concentração em locais de com grande densidade populacional.

Observando a produção do ano de 2020, nota-se uma queda, contrariando a tendência de crescimento. Tal fato pode ser explicado pela redução do número de atendimentos ambulatoriais causada pela pandemia da COVID-19, Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, causada pelo agente etiológico SARS-CoV-2, que tem uma rápida disseminação, podendo ser assintomática nos indivíduos acometidos ou provocar casos graves, com o primeiro caso sendo registrado em dezembro de 2019. Estudos apontaram que houve um “declínio no número de atendimentos e procedimentos médicos não associados à COVID-19”, evento que tem gerado preocupação, considerando os riscos de agudização de doenças crônicas e atrasos nos diagnósticos e tratamentos de outros agravos (OPAS, 2020; ALMEIDA et al, 2020, p.863).

Gráfico 2. Produção Ambulatorial de Alta Complexidade do SUS, por região do Brasil, de 2016 a 2021.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Já o gráfico 2, aponta também para o crescimento na produção ambulatorial de serviços da alta complexidade do SUS, que compreende os procedimentos de hemodinâmica, terapia renal substitutiva, ressonância magnética, tomografia, quimioterapia e outros. Diferente da produção de média complexidade, no ano de 2020 não houve queda na produção da alta complexidade, evento possivelmente explicado pelas complicações agudas causadas pelo agente etiológico da COVID-19, que exigiram cuidados intensivos (CAMPOS et al., 2020).

Apesar dos dados confirmarem o aumento da cobertura da AAE no SUS, é notório que existe uma grande diferença da produção entre as regiões do Brasil, que vem se perpetuando ao longo dos anos. As desigualdades regionais podem ser observadas na oferta de todos os serviços do sistema, porém para os serviços de alta complexidade essa diferença é muito mais significativa (SOLLA; CHIORO, 2012; PINTO et al., 2019).

O caso da ampliação da atenção especializada no SUS Bahia a partir das Policlínicas Regionais de Saúde

Estratégias inovadoras têm sido implementadas por alguns estados, principalmente da região nordeste, a exemplo da ampliação dos serviços especializados por meio das policlínicas. Na literatura encontrou-se informações sobre os estados do Ceará, Maranhão e

Bahia. Segundo Almeida e colaboradores (2019), o estado do Ceará apresenta avanços na organização regionalizada, sendo considerada exitosa quando comparada a experiências nacionais. No seu estudo evidenciou a ampliação da oferta de serviços especializados no referido estado, por meio de Policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) mantidos por Consórcios Públicos de Saúde.

No estado do Maranhão, entre janeiro de 2020 e abril de 2021 já haviam sido implantadas 11 policlínicas na capital e Região Metropolitana de São Luís (MARANHÃO, 2021). De modo exemplar, o estado da Bahia priorizou a proposta da ampliação da cobertura de AAE em seu Plano Estadual de Saúde de 2016-2019 e 2020-2023, e desde 2017, tem subsidiado implantação de PRS mantidas também por Consórcios Públicos de Saúde. As referidas policlínicas são unidades especializadas de apoio diagnóstico e terapêutico, de média e alta complexidade da Atenção Secundária, com atendimento 100% SUS (BAHIA, 2017).

A implantação de 28 policlínicas estava prevista no Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019, mas ao final de 2019, 15 estavam em funcionamento e outras em construção. Dessa forma, a meta foi readequada no PES 2020-2023, para a implantação de mais sete unidades, totalizando 24 e não 28 como posto no PES 2016-2019. Além da meta de construção, os PES apresentaram também metas para aparelhar as policlínicas e apoiar o funcionamento dos Consórcios Públicos de Saúde. Os consórcios estão sendo constituídos pela união de municípios de uma mesma região de saúde juntamente com o estado, visando ampliar a assistência de saúde da média e alta complexidade (BAHIA, 2016; BAHIA, 2020).

Do ponto de vista de implantação de políticas de saúde, essas unidades vêm se constituindo importante equipamento de fortalecimento da RAS no SUS, ampliação do acesso ambulatorial às especialidades médicas, exames e procedimentos diversos, bem como diminuição da contratualização dos serviços especializados com o setor privado. Além disso, pode contribuir para aumento das chances de cura de doenças em estágios iniciais, evitando assim a busca por serviços de urgência e emergência e consequentemente hospitalizações. Dessa forma, a estratégia de implantação dessas unidades visa a minimização das problemáticas existentes na AAE, descritas anteriormente, que a torna conhecida como gargalo do SUS (BAHIA, 2016; BAHIA, 2017).

Nessa perspectiva, a depender do perfil epidemiológico da região de saúde em que a policlínica está implantada, podem ser oferecidas especialidades médicas como angiologia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ginecologia/obstetrícia, mastologia, urologia, dermatologia, hematologia, reumatologia, pneumologia, infectologia e nefrologia. Além de consultas de

demanda interna em enfermagem, farmácia, nutrição, psicologia e serviço social. Já os exames ofertados são compostos por: ressonância magnética, tomografia, mamografia, ultrassonografia, ecocardiografia, ergometria, mapa, holter, eletroencefalograma, eletromiografia, radiografia, eletrocardiograma, endoscopia, colonoscopia, entre outros. Além de biópsias e procedimentos como, vasectomia e pequenas cirurgias (BAHIA, 2017).

O acesso ocorre por meio de solicitações realizadas preferencialmente por profissionais da APS, que são agendadas via sistema próprio, o Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGES), operado pelas regulações municipais dos municípios consorciados. Além disso, para o deslocamento dos usuários e usuárias até o serviço, são disponibilizados transportes sanitários que circulam entre os municípios (BAHIA, 2017).

Desde à implantação até junho de 2021, as policlínicas contabilizaram um total de 2.036.497 atendimentos, fato que vem contribuindo para o aumento da cobertura da MAC ambulatorial no estado e conseqüentemente com a produção registrada no SIA/SUS (BAHIA, 2021).

Tabela 1. Produção Ambulatorial do SUS - por gestor - Bahia. Quantidade aprovada por procedimento e ano de atendimento, de 2016 a 2021.

Procedimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% 2021- 2016
Consulta médica em atenção especializada	4.598.915	5.004.487	5.424.570	5.867.559	4.052.737	4.983.320	8,36
Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	5.554.354	6.871.243	7.410.392	8.170.974	6.623.245	7.553.718	35,9
Total	10.153.269	11.875.730	12.834.962	14.038.533	10.675.982	12.537.038	23,47

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Tabela 2. Produção Ambulatorial do SUS - por gestor - Bahia. Quantidade aprovada por subgrupo de procedimento e ano de atendimento, de 2016 a 2021.

Subgrupo procedimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% 2021- 2016
Diagnóstico em laboratório clínico	32.778.931	36.245.845	37.464.493	39.840.706	31.878.816	34.778.942	6,1
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	640.337	634.960	703.518	730.328	388.650	550.205	-14,07
Diagnóstico por radiologia	2.609.697	2.642.227	2.863.085	2.944.474	1.990.130	2.229.825	-14,55

Diagnóstico por ultrassonografia	880.236	975.893	1.068.187	1.268.109	851.645	1.046.367	18,87
Diagnóstico por tomografia	149.546	169.518	215.131	264.906	234.832	301.662	101,71
Diagnóstico por ressonância magnética	54.202	57.216	88.881	109.964	91.320	122.499	126
Diagnóstico por endoscopia	123.446	118.531	122.761	145.580	83.574	111.488	-9,68
Métodos diagnósticos em especialidades	1.980.191	2.106.470	2.335.350	2.806.144	1.703.078	2.202.303	11,21
Total	39.216.586	42.950.660	44.861.406	48.110.211	37.222.045	41.343.291	5,42

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

As tabelas 1 e 2, apresentam uma série histórica de 2016 a 2021 da produção de serviços que pode ter sofrido impacto com a implantação das policlínicas no estado da Bahia. A tabela 1 aponta que o percentual de consultas médicas e de outros profissionais de nível superior aumentou em 23,47% entre 2016 e 2021. Já a tabela 2 indica que houve também um aumento de 5,42% na produção de exames para o mesmo período. Contudo, as produções dos anos de 2020 e 2021 chamam atenção, tendo em vista que se apresentam menores do que em anos anteriores, em alguns grupos de procedimentos, fato que pode ser justificado também pela diminuição dos atendimentos ambulatoriais ocasionada pela pandemia da COVID-19 (ALMEIDA et al, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo buscou apresentar alguns pontos da AAE no SUS, avanços, desafios e a estratégia de ampliação da cobertura do estado da Bahia, por meio da implantação de policlínicas regionais.

Para a efetivação da RAS, a AAE tem se constituído como um ponto de atenção importante. Para tanto, foi possível reconhecer que ao longo dos anos a produção de média e alta complexidade ambulatorial está em ritmo de crescimento, mas sofreu interferências da pandemia da COVID-19. Além disso, as desigualdades regionais tem se perpetuado, contrariando o princípio da equidade.

Na tentativa de minimizar os vazios assistências, estratégias estão sendo adotadas, a exemplo da implantação das policlínicas regionais na Bahia. O projeto iniciado em 2016, já reflete no aumento da produção ambulatorial do estado. Mas, faz-se necessário estudos que respondam qual o papel e o impacto dessas instituições na RAS, bem como se a forma de

regulação dos serviços prestados tem correspondido às necessidades de saúde da população baiana.

4.2 Artigo 1 - O Sanitarista como agente do trabalho na Atenção Ambulatorial Especializada: uma análise documental

O SANITARISTA COMO AGENTE DO TRABALHO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL

RESUMO:

Contemporaneamente, uma das atribuições do sanitário perpassa o processo de trabalho dos serviços de saúde, voltado às necessidades de saúde da uma coletividade. Objetivou-se analisar o delineamento do perfil desse agente para o trabalho em unidades de Atenção Ambulatorial Especializadas no SUS Bahia. Desenvolveu-se análise de 32 instrumentos de seleção pública e regulamentos internos, que evidenciaram perfis requisitados e as atribuições dos sanitários nas policlínicas regionais de saúde. Os resultados apontaram que a formação em saúde coletiva foi um fator comum nos três perfis identificados nos editais, fato que foi reforçado pela maioria dos regulamentos internos analisados. Portanto, esses elementos apontaram a intenção de se escolher profissionais qualificados para atuar na função de assessoria técnica, tendo em vista que esses podem atuar na transformação das práticas, no sentido de priorizar as necessidades de saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Coletiva, Processo de trabalho em Saúde, Atenção Secundária à Saúde.

ABSTRACT:

At the same time, one of the health professionals' attributions pervades the work process of health services, focused on the health needs of a community. The objective was to analyze the delineation of the profile of this agent for work in Specialized Outpatient Care units in SUS Bahia. An analysis of 32 public selection instruments and internal regulations was carried out, which showed required profiles and the attributions of health workers in regional health polyclinics. The results showed that training in collective health was a common factor in the three profiles identified in the public notices, a fact that was reinforced by most of the internal regulations analyzed. Therefore, these elements indicated the intention to choose qualified professionals to act in the role of technical assistance, considering that they can act in the transformation of practices, in the sense of prioritizing the health needs of the population.

KEYWORDS: Public Health, Health Work Process, Secondary Care.

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, a formação de sanitaristas passou por diversas transformações. A pós-graduação importada dos moldes norte-americanos, hoje abrange programas de residências multiprofissionais, mestrados, doutorados, cursos de atualização e especialização oferecidos por instituições acadêmicas de Saúde Coletiva em conjunto com o Ministério da Saúde. A partir dos anos 2000 a mudança foi ainda maior, a formação passou a contar com cursos de graduação em Saúde Coletiva (PAIM, 2006; RUELA, 2013; GONÇALVES, 2015).

Historicamente, sua atividade se originou no desenvolvimento do Estado capitalista, dada a possibilidade de aumento da capacidade produtiva, acumulação de riquezas e formação de exércitos ligado ao controle das doenças, de modo que o trabalho em saúde pública se tornou indispensável, sendo o perfil sanitarista delineado inicialmente a partir dos médicos administradores alemães no século XVIII (RUELA, 2013). Concepção que é produto do tempo histórico e muito correlacionado ao interesse do Estado que é responsável por operar políticas sociais (CAMPOS; 1991 apud GONÇALVES; 2015). Sendo que na realidade brasileira, o ano de 1925 demarcou a formação de médicos especialistas em saúde pública. E que, a partir da segunda metade do Século XX, a formação passou a ser oferecida para outras categorias profissionais, como enfermagem, odontologia, farmácia e engenharia, tornando-se um campo de conhecimento multidisciplinar (PAIM, 2006; RUELA, 2013).

Assim, os sanitaristas atuam principalmente nas áreas das enfermidades transmissíveis, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e ambiental, sendo necessária a desconcentração para outros campos da saúde pública, visto que eles são capazes de atuar em todos os níveis de complexidade do SUS (CECCIM, 2002; BEZERRA et al., 2013). E, nesta perspectiva, uma das funções do sanitarista na equipe dos serviços corresponde a coordenação dos processos de trabalho, de modo a atender às necessidades de saúde da coletividade. Ele pode ser reconhecido como um técnico de necessidades sociais de saúde e um gerente de processos coletivos de trabalho em saúde, pelo desenvolvimento de ações voltadas para o planejamento, gestão e avaliação, bem como “[...] intervenções sociais organizadas dirigidas à promoção, proteção, comunicação e educação em saúde” (PAIM, 2006, p.106).

Tomando especificamente a inserção dos sanitaristas nas equipes das Policlínicas Regionais de Saúde (PRS), unidades da rede própria do estado da Bahia, voltadas para Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) que foram implementadas a partir de 2017,

atenta-se para importância destes profissionais na estratégia de priorização das necessidades de saúde no SUS Bahia (BAHIA, 2017).

Na atenção especializada, o sanitarista é essencial por sua responsabilidade ético-político-social nas mudanças dos espaços de trabalho e no gerenciamento de um conjunto de atividades que provoquem impactos na saúde da coletividade que necessitam do referido nível de atenção (PAIM, 2006 apud MARTINS et. al, 2020).

Sua atuação no caso das PRS se volta à função de assessoria técnica. As unidades prestam apoio diagnóstico e terapêutico, alinhado a análise da situação e necessidades de atenção de média e alta complexidade nas respectivas regiões de saúde (BAHIA, 2017). Serviços priorizados para os períodos de gestão de 2016 à 2023, como consta nos Planos Estaduais de Saúde (BAHIA, 2016; BAHIA, 2017; BAHIA, 2020).

Atualmente, percebe-se que esta estratégia se alinha ao enfrentamento governamental às problemáticas já reconhecidas sobre AAE no SUS, tais como baixa oferta, demanda excessiva de procedimentos, déficit assistencial de algumas especialidades, prestação de serviço ambulatorial fortemente vinculado ao setor privado. Aspectos que justificam considerar a média e alta complexidade ambulatorial como gargalo do SUS (SOLLA; PAIM, 2014; ROMANO; SCATENA, 2014; PINTO et al., 2019).

Na perspectiva da regionalização, cabe mencionar a necessidade de os sanitaristas incorporarem atividades do planejamento em saúde com vistas à melhoria da gestão, implantação de política de qualidade e auxílio no processo de tomada de decisão. Isso permite que o processo de implementação da cobertura assistencial da atenção especializada seja melhor considerada enquanto política pública de saúde. E é com este propósito que se percebe o sanitarista enquanto agente indispensável para a consolidação do SUS, dando-lhe grau de importância na superação das necessidades sociais e de saúde de uma determinada população (GABARDO et al., 2017).

É com tal relevância que este estudo objetivou analisar delineamento do perfil de sanitaristas requisitados para composição das equipes gestoras das policlínicas no SUS Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo (MARCONI; LAKATOS, 2021, GIL, 2017) desenvolvido através da análise de 32 documentos publicados entre 2016 e 2021 (sendo 24 editais de seleção pública e 8 regimentos internos) sobre provimento de profissionais de saúde

para as equipes gestoras das PRS do estado da Bahia. Fontes de dados que podem ser consideradas ricas sobre o delineamento do perfil do sanitário.

O caso analisado foi determinado pelo fenômeno (GIL, 2017) da prioridade de expansão da cobertura assistencial da AAE no SUS Bahia, prioridade incluída nos PES de 2016-2019 e de 2020-2023, cujo início da implantação das PRS se deu a partir de 2017, contribuindo para garantia, ampliação e acesso aos serviços ambulatoriais (BAHIA, 2016; BAHIA, 2017; BAHIA, 2020). Até dezembro de 2021, estavam em funcionamento 21 PRS, distribuídas nas nove macrorregiões de saúde do estado e com previsão de inaugurações de outras cinco até o final de 2022, de modo a contemplar cada região de saúde (BAHIA, 2019; BAHIA, 2021).

O banco de dados foi constituído a partir da busca documental nos sites das empresas realizadoras dos concursos (editais de seleção pública) e através dos Diários Oficiais dos Consórcios Interfederativos de Saúde (regimentos internos das Policlínicas) e salvos eletronicamente. Após leitura na íntegra, reconheceu-se unidades temáticas que foram agrupadas respeitando as categorias pré-estabelecidas (MINAYO, 2010). Para tanto, adotou-se a concepção de agentes do trabalho, segundo Teoria do Processo de Trabalho em Saúde (GONÇALVES; 1992).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise documental, reconheceram-se delineamentos de perfis dos sanitários das PRS, estratégia governamental para ampliação da cobertura e AAE no SUS Bahia.

Delineamento dos perfis dos agentes do trabalho

Compreendidos nos seis anos de implementação, os editais de seleção permitiram reconhecer requisitos profissionais desejados às Policlínicas Regionais. Estes requisitos foram correlacionados aos sujeitos da ação do processo de trabalho em saúde, caracterizando três perfis de agentes que estruturam o quadro 02 (GONÇALVES, 1992).

Quadro 2. Perfil de profissionais sanitários exigido para gestão de Policlínicas Regionais de Saúde no SUS Bahia, segundo critérios exigidos em editais de seleção pública.

Caracterização Agentes	Nomenclatura da função	Critérios Profissionais		Policlínicas Regionais de Saúde	Ano do edital
		Pré-requisitos	Títulos		

Agente 1	Assessor Técnico de Nível Superior	- Bacharelado em nível superior com especialização em Saúde Coletiva ou Gestão de Serviços de Saúde ou graduação em Saúde Coletiva	- Especialização ou residência em Saúde coletiva ou Gestão de Serviços de Saúde; - Mestrado; -Doutorado; - Publicações científicas; -Experiência técnico-profissional, em instituição pública ou privada, nos últimos 5 anos.	Jequié	2016
				Guanambi	2017
				Irecê	2017
				Teixeira de Freitas	2017
Agente 2	Assessor Técnico	- Bacharelado em qualquer nível superior (editais 2018)	- Graduação em Saúde Coletiva; - Especialização ou residência em Saúde Coletiva ou Gestão de Serviços de Saúde.	Alagoinhas	2018
				Feira de Santana	
				Santo Antônio de Jesus	
				Valença	
		Jacobina	2019		
		Eunápolis	2020		
		Ribeira do Pombal			
		Brumado	2021		
Itaberaba					
Santa Maria da Vitória					
Serrinha					
Agente 3	Assessor Técnico Sanitarista	- Curso superior completo com especialização ou residência em Saúde coletiva ou Gestão de Serviços de Saúde ou graduação em Saúde Coletiva;	- Especialização ou residência em Saúde Coletiva ou Gestão de Serviços de Saúde; - Mestrado em Saúde Coletiva; - Experiência técnico-profissional, nos últimos dez anos, em Gestão de Serviços de Saúde Pública.	Simões Filho	2019
				Barreiras	
				Itabuna	
				Juazeiro	
				Paulo Afonso	
				Senhor do Bonfim	
				Teixeira de Freitas	
				Vitória da Conquista	
São Francisco do Conde	2020				

Fonte: Editais de Processos Seletivos para emprego público nas Policlínicas Regionais de Saúde.

O primeiro agente foi denominado pelos editais de seleção pública como Assessor Técnico de Nível Superior. Esse perfil foi requerido em quatro editais, logo no início da implantação das Policlínicas, entre os anos de 2016 e 2017. Nos pré-requisitos, os editais solicitaram para o perfil, bacharelado em nível superior com especialização em Saúde Coletiva ou graduação em Saúde Coletiva. Já na prova de títulos, valorizou-se especializações em Saúde Coletiva ou Gestão de Serviços de Saúde, mestrado, doutorado, produções científicas e experiências profissionais no setor público ou privado nos últimos cinco anos.

Outro delineamento de perfil reconhecido nos editais, denominou-se Assessor Técnico, tal como especificado em onze editais compreendidos entre os anos de 2018 e 2021, quatro últimos anos de implantação das PRS. Para esse agente, os editais de 2018 não estabeleceram a formação em Saúde Coletiva como pré-requisito, solicitou apenas formação em qualquer nível superior, diferente dos editais de 2019, 2020, 2021. Contudo, as provas de títulos de todos os anos apreciaram a graduação, residência e especialização em Saúde Coletiva ou Gestão de Serviços de Saúde, mestrado especificamente em Saúde Coletiva e a experiência profissional apenas na saúde pública.

O terceiro perfil profissional estabelecido pelos editais condiz ao Assessor Técnico Sanitarista, contemplado nos anos de 2018, 2019 e 2020, em nove editais analisados. Distinguindo-se dos dois anteriores, ele teve o nome sanitarista atrelado à função. A formação em saúde coletiva fez parte dos pré-requisitos, como no perfil do Agente 1 e a prova de títulos valorizou os mesmos pontos do perfil do Agente 2.

A não linearidade do perfil de assessor técnico para as PRS foi um achado que chamou atenção. Entretanto, a necessidade de formação em Saúde Coletiva esteve presente nos pré-requisitos e avaliações de títulos, o que garantiu de uma forma ou de outra a seleção de profissionais sanitaristas para o cargo de assessoria técnica. Esse fato tende a qualificar o processo de trabalho nas instituições de saúde, partindo do pressuposto que a formação em saúde coletiva toma as ações de saúde como uma prática social, vinculada a uma prática técnica influenciada pelos aspectos econômicos, políticos e ideológicos da sociedade. Por isso a necessidade de formar agentes qualificados, capazes de produzir transformações das práticas em saúde no Brasil (PAIM; SILVA; SCHRAIBER, 2014; SILVA; PINTO, 2018).

Os resultados estão alinhados aos estudos de Querino, Silva e Assunção (2015), que demonstraram como o campo da Saúde Coletiva transforma as práticas profissionais, a partir do ponto em que possibilita o conhecimento sobre as potencialidades e desafios do SUS e abordam os sujeitos para além da doença.

Outro fator que foi demonstrado pelos resultados, diz sobre a valorização da qualificação profissional. No perfil 1, essa valorização foi mais evidente ao pontuar como títulos as especializações, mestrado, doutorado e produções científicas, e nos outros dois perfis identificados houve solicitação apenas de especializações e mestrado especificamente em Saúde Coletiva. A motivação para tal mudança não pode ser explicada por esse estudo, mas, sabe-se que a pós-graduação pode implicar diferentes níveis de contribuições para as práticas profissionais.

Selecionar profissionais pós-graduados aponta no sentido de que estes podem ter um olhar mais crítico e uma postura mais questionadora, que contribuam para a constante melhoria das práticas e conseqüentemente novas formas de atuação, conforme apontaram os estudos de Costa et al. (2014).

Por fim, verificou-se também, mudanças quanto a solicitação de experiência profissional entre os perfis. No perfil do agente 1, esperava-se sujeitos com experiência nos últimos cinco anos no setor público ou privado, já para os agentes 2 e 3, o tempo aumentou para 10 anos e a atuação restringiu-se ao setor público. Nessa linha, sugere-se que essa mudança visou alcançar profissionais com uma vivência maior no SUS, que conhecesse os seus princípios e diretrizes e contribuísse muito mais para o seu fortalecimento, no cenário da AAE.

Delimitação das atribuições dos agentes

Partindo para as evidências encontradas em outras fontes da pesquisa documental, os regimentos internos são documentos que reúnem normas estabelecidas para regulamentar e organizar o funcionamento de instituições, explicitar a estrutura administrativa, especificar atividades funcionais e os limites das unidades (DISTRITO FEDERAL, 2015).

Nas visitas aos diários oficiais dos Consórcios Públicos Interfederativos de Saúde, foram encontrados 8 regimentos interno publicados entre os anos de 2019 e 2021. Com relação aos agentes em estudo, seis dos documentos explicitaram que a função de assessoria técnica nas unidades ambulatoriais deve ser exercida preferencialmente por especialista em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Gestão dos Serviços de Saúde, corroborando com os achados dos editais de seleção e com a ideia de que profissionais sanitaristas são qualificados para operar em todos os níveis de complexidade do SUS (BEZERRA et al., 2013).

Sobre as atribuições e competências do sanitarista nos regimentos, dois deles descreveram as atividades conforme editais de seleção. Contudo, a maioria elencou de forma

detalhada, estabelecendo ainda duas classificações para a função dos sanitaristas: Assessoria Técnico-Administrativa e Assessoria Técnico-Assistencial.

Conforme documentos analisados, compete à Assessoria Técnico-Administrativa “atividades de coordenação administrativa, supervisão de gestão de pessoas, supervisão de compras e fiscalização de contratos de terceiros, supervisão almoxarifado e patrimônio” e à Assessoria Técnico-Assistencial “atividades de Coordenação da Regulação Interna, Supervisão das atividades assistenciais e Gestão da Qualidade.” (CISVITA, 2021, p.33). No total, foram descritas 54 atividades, que devem ser desempenhadas pelos sanitaristas na gestão das PRS do estado da Bahia. Baseado nas informações constantes nos regimentos internos, o quadro 3 foi elaborado por associação, com sete atribuições e as 54 atividades distribuídas entre elas.

Quadro 3. Atribuições dos Sanitaristas nas Policlínicas Regionais de Saúde, na Bahia, segundo regimentos internos.

Coordenação administrativa	Supervisão de gestão de pessoas	Supervisão de compras e fiscalização de contratos de terceiros	Supervisão almoxarifado e patrimônio	Coordenação da Regulação Interna	Supervisão das atividades assistenciais	Gestão da Qualidade
<ul style="list-style-type: none"> - Prestar assessoria à Diretoria Geral com as atividades de controle interno, participando de reuniões e elaborando Atas e/ou Relatórios; - Recepcionar e atender os cidadãos, esclarecendo-se sobre o assunto e encaminhá-las, se for o caso; - Recepcionar e selecionar a documentação recebida para despacho com o Diretor Geral; - Redigir, receber, encaminhar e arquivar correspondências e documentos da Diretoria Geral; - Avaliar e emitir sempre que determinado pela Direção Geral relatórios referentes ao funcionamento da unidade; - Manter atualizados os sistemas de informação em saúde; - Articular com o órgão 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a prática profissional interdisciplinar; - Auxiliar na coordenação do processo de identificação de necessidades e proposição de ações de educação permanente das equipes multiprofissionais; - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Gestão de Pessoas e Unidade de Recursos Humanos; - Realizar levantamento das necessidades de pessoal em cada setor da Policlínica; - Manter atualizado o Sistema de Gestão de Pessoas com todas as informações cadastrais e registros de ocorrências dos servidores da 	<ul style="list-style-type: none"> - Atuar na fiscalização e gestão dos contratos administrativos que envolvam a Policlínica, quando designados, inclusive no recebimento de serviços, materiais, medicamentos e insumos; - Controlar os custos dos serviços da Policlínica; - Acompanhar os serviços prestados pelas empresas terceirizadas; - Apoiar na cotação de preço de materiais e serviços e na realização de Termo de Referência para licitação, quando determinado pela Direção Geral; - Planejar e programar a aquisição dos materiais e equipamentos de acordo com a necessidade da Policlínica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar a regularidade do abastecimento de medicamentos, instrumentais e insumos médico-hospitalares, inclusive com a elaboração do Termo de Referência para a aquisição ou substituição; - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do imóvel, dos equipamentos e materiais utilizados; - Realizar controle do consumo de material de limpeza; - Certificar-se de que materiais adquiridos foram recebidos conforme quantidades e especificações constantes nos Pedidos de Fornecimento de 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar e distribuir mensalmente aos municípios as cotas de serviços ofertados pela Policlínica; - Coordenar a implantação e implementação das ações de regulação dos serviços prestados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a prática da Política Nacional de Humanização; - Coordenar o planejamento, a organização e administração dos serviços assistenciais; - Organizar e disponibilizar a agenda dos profissionais referente aos serviços ofertados; - Monitorar o cumprimento das agendas mensais; - Auxiliar e disponibilizar, junto ao profissional executante, a elaboração dos requisitos para realização dos procedimentos de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar o Plano Anual de Controle Interno, considerando as áreas a serem avaliadas e controladas, os recursos necessários e disponíveis e o cronograma do plano de trabalho a ser realizado; - Realizar auditorias periódicas a fim de assegurar o cumprimento das normas, rotinas e requisitos legais estabelecidos; - Coordenar a elaboração e a implantação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e Comissões da Policlínica; - Coordenar a incorporação e/ou renovação de tecnologias do cuidado, em consonância com as políticas de saúde, respeitado o caráter de ensino e pesquisa; - Analisar os aspectos

<p>de planejamento da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB, visando à integralidade das ações e serviços no âmbito do padrão dos sistemas das Policlínicas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enviar mensalmente a produtividade da unidade para órgãos e sistemas oficiais; - Cadastrar e atualizar mensalmente profissionais e/ou serviços no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; - Enviar mensalmente a atualização da base CNES para Cadastro Rede Consórcio/SESAB; - Alimentar e atualizar o Sistema Integrado de Gestão em Saúde- SIGES; - Articular e organizar a documentação da Unidade de saúde junto aos órgãos ou entidades públicas e privadas; - Desenvolver o elo entre o Corpo Clínico e a Direção Geral da instituição; - Organizar e guardar planilhas, notas fiscais, 	<p>Policlínica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar e apurar a frequência e o horário de trabalho, para fins de elaboração de folha de pagamento e verificação do cumprimento da jornada de trabalho; - Receber e informar os requerimentos referentes aos funcionários; - Elaborar escala de férias e licenças, mediante informações fornecidas por cada setor, e controlar sua concessão; - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Serviços de Portaria, Vigilância e Limpeza; - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Serviços de Lavanderia e Rouparia; 		<p>Mercadorias;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Almoxarifado; - Manter o estoque dos materiais padronizados em níveis ideais, de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente; 			<p>organizacionais e operacionais da Policlínica e sugerir medidas para um adequado funcionamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar planos, programas e projetos de trabalho; - Efetuar mudanças e organizações quando necessário;
---	--	--	---	--	--	---

protocolos e outros documentos impressos e digitais; - Realizar rotinas administrativas determinadas pela Direção Geral da Unidade;						
--	--	--	--	--	--	--

Fonte: Regimentos internos dos Consórcios Públicos de Saúde.

Analisando as atribuições e suas atividades, notou-se que o trabalho da assessoria técnica está voltado para a garantia do pleno funcionamento da unidade de saúde, envolvendo responsabilidades com o planejamento, monitoramento e avaliação, gestão de pessoas, recursos materiais e patrimônio, elaboração de protocolos clínicos e funções gerenciais diversas.

Nessa perspectiva, as diversas atribuições revelaram a necessidade de um profissional com habilidades e competências em planejamento e gestão, cabendo perfeitamente a inserção dos sanitaristas na equipe gestora das PRS, já que estes podem desenvolver diversas atividades, guardando estreita relação com os princípios e diretrizes do SUS (SANTANA et al., 2013).

É importante evidenciar ainda, que os pilares da Saúde Coletiva permeiam as atividades atribuídas aos sanitaristas no processo de trabalho nas unidades de AAE. Sem ter a intenção de limitar as contribuições, que são inúmeras, a Epidemiologia, as Ciências Sociais, Política, Planejamento e Gestão podem ser utilizadas na seleção de especialidades e procedimentos, que levem em consideração o perfil epidemiológico da região de saúde; na formulação de planos e definição de critérios para utilização dos recursos, tendo em vista que a atenção secundária é conhecida como um gargalo na Rede de Atenção à Saúde (RAS), como alta demanda e baixa oferta, necessitando que os recursos sejam utilizados de forma eficiente. Podem contribuir ainda, na organização de serviços; no monitoramento e avaliação das ações planejadas nas Policlínicas, visando impacto social na população atendida cotidianamente e minimização dos problemas inerentes ao nível secundário (SOLLA; CHIORO, 2012; SOLLA; PAIM, 2014; PINTO et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos documentos permitiu o reconhecimento do perfil de sanitarista desejado para o trabalho na AAE, no contexto de PRS, bem como suas principais atribuições.

Foi possível observar que a formação em Saúde Coletiva foi um elemento comum nos três perfis encontrados nos editais de seleção. Além disso, a pós graduação e a experiência profissional, principalmente no âmbito do SUS, foram valorizadas. Nesse sentido, esses elementos apontaram a intenção de se escolher profissionais qualificados para atuar na função de assessoria técnica.

Essa constatação foi reforçada na análise dos regimentos internos, pois o elenco de atribuições descritas revela a necessidade de sujeitos com múltiplos saberes, considerando que essas atribuições estão relacionadas ao planejamento, monitoramento e avaliação, gestão de pessoas, recursos materiais e diversas outras funções gerenciais.

Portanto, ressalta-se a importância da escolha por profissionais da Saúde Coletiva para atuar na AAE, tendo em vista que esses podem atuar na transformação das práticas, no sentido de priorizar as necessidades de saúde da população. Contudo, sugere-se o desenvolvimento de outras pesquisas, que avaliem a atuação propriamente dita dos sanitaristas na AAE, nível de atenção que inclusive carece de mais estudos.

4.3 Artigo 2 - O sanitarista na Atenção Ambulatorial Especializada: processo de trabalho no cenário de implantação de Policlínicas Regionais de Saúde

O SANITARISTA NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: PROCESSO DE TRABALHO NO CENÁRIO DE IMPLANTAÇÃO DE POLICLÍNICAS REGIONAIS DE SAÚDE

RESUMO: Este artigo analisa o processo de trabalho dos Sanitaristas na Atenção Ambulatorial Especializada, no cenário de implantação de Policlínicas Regionais de Saúde (PRS). Foram realizadas 9 entrevistas semiestruturadas. Utilizou-se o referencial da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde para análise de conteúdo. Os resultados revelaram que os sanitaristas desempenham o papel de articulador na gestão das Policlínicas e que o objeto e a finalidade do trabalho vão ao encontro das propostas do SUS. Além disso, o processo de trabalho desses profissionais possibilita aprendizado constante e favorece o cuidado em saúde, mas enfrentam desafios relacionados à falta de autonomia, sobrecarga e desconhecimento sobre a profissão. Dessa forma, conclui-se que o Sanitarista é um agente do trabalho importante para o sucesso da estratégia de ampliação da Atenção Ambulatorial Especializada, contudo é necessário redefinição das suas atribuições.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Coletiva, Processo de trabalho em Saúde, Atenção Secundária à Saúde.

ABSTRACT: This article analyzes the work process of Sanitarists in Specialized Outpatient Care, in the setting of Regional Health Polyclinics. Nine semi-structured deviants were configured. The Health Work Process Theory framework was used for content analysis. The results revealed that sanitarists play the role of articulator in the management of Polyclinics and that the object and persistence of work are in line with the SUS proposals. In addition, the work process of these professionals enables constant learning and favors health care, but they face challenges regarding the lack of autonomy, overload and lack of knowledge about the profession. Thus, it is concluded that the Sanitarist is an important work agent for the success of the strategy to expand Specialized Outpatient Care, however, it is necessary to redefine their attributions.

KEYWORDS: Public Health, Health Work Process, Secondary Care.

INTRODUÇÃO

O processo de trabalho é o modo como os trabalhadores desenvolvem as suas funções e, quando correlacionado à saúde, torna-se uma importante abordagem teórica. Sua formulação é contemporânea e frequente em pesquisas e intervenções sobre recursos humanos em saúde, atenção à saúde e gestão em saúde, dentre outros, possibilitando ampla reflexão sobre aspectos estruturais e da relação sujeito-objeto de trabalho (PAIM, 2017).

O trabalho perpassou por diversas modificações ao longo do tempo, podendo ser compreendido como uma atividade humana que interfere na construção das identidades e papéis dos sujeitos perante a sociedade (OLIVIEIRA; SILVEIRA, 2012), permitindo que o indivíduo transforme a si e a natureza por meio de uma atividade planejada e consciente (MARX; 1983). A partir do século XVII, tornou-se elemento importante para a construção do sujeito moderno e categoria analítica das relações sociais, especialmente para estudos nas áreas de conhecimento da Sociologia, Antropologia, Psicologia e Saúde (FARIA; ARAÚJO, 2010; NEVES et al., 2018).

No campo do trabalho em saúde, tem-se a concepção de um serviço essencial para a vida, que difere dos demais por não produzir algo material e comercializável, no qual “O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade” (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; PIRES, 2000, p. 85). Dentre os objetos de estudo que envolvem a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, o processo de trabalho em saúde tem importante correlação com estudos sobre a prática profissional, atividades, jornada de trabalho, análise de desempenho e produtividade no trabalho, organização do trabalho e instrumentos de trabalho (PINTO et al., 2013).

Já foi observado que o tema processo de trabalho majoritariamente foi pautado sob o ponto de vista do resgate da subjetividade dos sujeitos, correlacionando com “comunicação, ética, compromisso ético-político, humanização, competências, relações, protagonismo, autonomia e transformações no mundo do trabalho”. Contudo, chamou atenção que a relevância dada a essa subjetividade secundarizou as contribuições das produções teóricas em Saúde Coletiva protagonizadas por Cecília Donnangelo e Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (SILVA et al., 2017, p.304)

Quando considerada a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), esta enquanto conjunto de ações, conhecimentos e técnicas com densidade tecnológica, agrega processos de trabalho e tecnologias que constituem uma complexa oferta de expertises profissionais. Este conjunto deve estar relacionado às necessidades da população, o que exige técnicas de

programação e planejamento por parte dos implementadores da saúde pública (MARTINS et. al, 2020). Assim, reitera-se a importância do processo de trabalho do profissional sanitário na superação das principais problemáticas inerentes a esse nível de atenção, tais como: dificuldade de acesso, a baixa resolutividade dos serviços, a superposição da oferta e os vazios assistenciais (SOLLA; PAIM, 2014; POERSCH, ROCHA, 2015).

Neste sentido, estratégias têm sido implementadas por alguns estados da região nordeste do Brasil. Estudos evidenciaram a ampliação da oferta de serviços especializados no referido estado por meio de Policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) (ALMEIDA et al. 2019).

Na mesma lógica, o Estado da Bahia priorizou a proposta da ampliação da cobertura de AAE em seu Plano Estadual de Saúde de 2016-2019 e 2020-2023, de modo que tem subsidiado implantação de Policlínicas Regionais de Saúde (PRS) mantidas por Consórcios Públicos de Saúde. As referidas policlínicas são unidades especializadas de apoio diagnóstico e terapêutico, de média e alta complexidade, que objetivam o aumento da capacidade de atendimento e resolutividade na oferta dos serviços especializados (BAHIA, 2017).

Considerando tais experiências e o importante papel social e político desempenhado historicamente na compreensão dos determinantes sociais da saúde, nas mudanças dos espaços de trabalho e gerenciamento de processos coletivos de trabalho em saúde (PAIM, 2006; BEZERRA et al, 2013; MARTINS et. al, 2020), este estudo objetivou analisar o processo de trabalho do sanitário na gestão de unidades de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

METODOLOGIA

Realizou-se estudo do caso (MINAYO, 2010) SUS Bahia que iniciou ampliação da AAE a partir de 2017 através da abertura das PRS, conforme prioridade estabelecida nos Planos Estaduais de Saúde 2016-2019 e 2020-2023. Atualmente, somam-se 21 unidades implantadas, contemplando 27 das 28 regiões de saúde do estado (BAHIA, 2016; BAHIA, 2019; BAHIA, 2021)

Foram realizadas nove entrevistas semiestruturadas com sanitários que desempenham a função de assessoria técnica nestes serviços, conformando uma população de estudo com três graduadas em saúde coletiva, três em enfermagem, um em odontologia e um em fisioterapia, sendo todas especializadas em Saúde Pública ou Saúde Coletiva. O período do estudo foi de junho a outubro de 2021.

Após transcritas na íntegra e submetidas ao plano teórico-analítico, as entrevistas permitiram reconhecimento de falas alinhadas às categorias que trataram sobre objeto do trabalho, instrumentos, finalidade e agentes fundamentadas no Processo de Trabalho em Saúde (GONÇALVES, 1992).

O estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE 45857121.5.0000.0057. E seus resultados serão apresentados a seguir, conforme categorização explicada, sendo preservada a identidade dos participantes da pesquisa, especificados como sujeito (S) e sequência numérica da sua participação.

RESULTADOS

As entrevistas permitiram reconhecimento dos elementos do Processo de Trabalho em Saúde por parte dos sanitaristas que atuam na AAE, como membros da equipe implantadora da estratégia das Policlínicas de Saúde. A partir destas entrevistas, estruturou-se o quadro 1 com aspectos relacionados a caracterização dos agentes, bem como a finalidade, objeto e instrumentos do processo de trabalho (GONÇALVES, 1992), além das atividades desenvolvidas pelos profissionais, principais potencialidades e desafios do referido processo de trabalho.

Quadro 4. Elementos do processo de trabalho do sanitarista na Atenção Ambulatorial Especializada, na Bahia, 2021.

Categorias de análise	Elementos do processo de trabalho
Agente	- Articulador - Ampla visão do sistema de saúde
Finalidade	- Continuidade do cuidado - Resolutividade da assistência
Objeto	- O usuário/usuária - A comunidade
Instrumentos	<u>Materiais:</u> - Estrutura física (sala) - Computador com acesso à internet - Impressora - Material de expediente - Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGES)
	<u>Não materiais:</u> - Comunicação - Mediação de conflitos - Flexibilidade

Atribuições	<u>Assessor Técnico Assistencial</u> - Oferta mensal dos serviços (consultas e exames/procedimentos) - Atualização do CNES - Alimentação do SIA/SUS - Referência das regulações municipais - Ajuste de inconformidades nos agendamentos
	<u>Assessor Técnico Administrativo</u> - Recursos humanos - Gestão de materiais e insumos - Manutenções do patrimônio - Relação com o Consórcio de Saúde
Potencialidades	- Aprendizado constante - Produção do cuidado em Saúde
Desafios	- Autonomia - Desconhecimento sobre a profissão - Sobrecarga

Fonte: elaborado pela autora

O Agente do trabalho: o lugar dos sanitaristas na gestão das Policlínicas Regionais de Saúde

Conceitualmente, os trabalhadores são os agentes do trabalho, cuja ação imprime finalidade ao objeto e, reciprocamente, também pode ser interpretado como instrumento do trabalho. É na dinâmica estabelecida entre objeto, meios e agente do trabalho que se torna possível o processo de trabalho, e também o estabelecimento de relações sociais (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009; PAIM, 2017). O agente do trabalho no caso estudado é o próprio sanitarista, que desempenha a função de assessoria técnica.

Quando questionados sobre o seu papel na gestão das Policlínicas, os entrevistados citaram que possuem um papel articulador, são pontes entre a gestão e a assistência. Foi possível perceber que a função da assessoria técnica é dividida em assistencial e administrativa e que o papel de articulador ocorre dentro e fora da unidade, conforme subdivisão das suas atividades

Eu acredito que ele seja um articulador, eu poderia resumir assim, articulador interno que um serviço de saúde precisa para manter funcionando todos os processos, atividades e rotinas do serviço, bem como articulador externo que entraria um outro perfil como a gente tem nas policlínicas, que é esse de garantir a regulação assistencial, de estar em contato com os municípios, de fazer articulações no contexto de consórcio [...] aí exige também muita articulação externa de alinhamento, definição do que de fato vai ser, garantindo o acesso a população. Eu definiria como um articulador (S06).

A gente tem dois profissionais assessores dentro da Policlínica. Eu saí da assessoria assistencial e fui para a assessoria administrativa. Então, enquanto assessora assistencial, eu fazia muito o link com todos os reguladores municipais, todo esse processo para fora da Policlínica, para a gente receber esse paciente preparado, de forma organizada. Então eu fazia esse link. E

agora, enquanto assessoria administrativa, eu também consigo fazer isso, porém, com os funcionários da unidade (S09).

Outro ponto marcante, foi sobre a visão ampliada e diversificada do sanitarista, que o permite “pensar de fato políticas públicas de forma mais geral e mais ampla” (S05), de modo que o profissional se enquadra bem nos objetivos propostos para implantação das PRS

[...] então assim, quando um sanitarista olha para um determinado problema relacionado a seu processo de trabalho, ele amplia essa visão. Ele consegue fazer correlações, ele pensa em processos educativos, ele pensa em promoção da saúde, ele pensa em prevenção, ele pensa em políticas públicas (S07).

[...] tenta fazer essa aproximação da atenção primária com atenção ambulatorial especializada, trazendo um modelo de atenção diferenciado, se preocupando mais com a questão do paciente dentro da rede, para que o paciente seja atendido na perspectiva de continuidade do Cuidado (S02).

Inclusive, tem-se como outra perspectiva do sanitarista na AAE, sua responsabilidade social em difundir os propósitos do SUS e situar sobre a função da Policlínica na RAS, justamente por ter uma formação totalmente voltada para fortalecimento do sistema público.

Porque assim, o sanitarista é um profissional que tem um conhecimento muito amplo do que é o SUS, e a policlínica por pertencer ao SUS, e as vezes eu acredito que não é muito evidente isso, né? Essa lógica organizativa, inclusive para os próprios municípios entenderem que a gente está na Rede de Atenção à saúde, que é importante a gente ter a referência e a contrarreferência, da coordenação do cuidado, do paciente não ficar solto na rede...Eu acho que o papel do sanitarista na policlínica, muito além do que assumir as funções que hoje a gente assume, é realmente fazer isso. Fazer esse processo de conscientização, de sensibilização sobre o Sistema Único de Saúde, inclusive para os próprios diretores, gestores, com o pessoal do consórcio, os secretários, enfim (S08).

Os achados confirmam os estudos de Bezerra (2013), que explicou que o profissional sanitarista vai ao encontro da proposta do SUS, pois são agentes promotores da saúde, que identificam problemas e necessidades da população, colaborando com soluções para o adequado funcionamento dos serviços de saúde. São sujeitos cuja formação e atuação permitem melhorar a assistência à saúde com intervenções baseadas na integração de saberes e práticas. E assim, constitui-se como profissionais comprometido com a implementação de políticas públicas e com a garantia da qualidade dos serviços prestados, assumindo um papel decisivo na consolidação do SUS (ALENCAR, 2018).

Finalidade: o que se pretende alcançar com o trabalho do sanitarista?

Para os participantes do estudo, a finalidade do trabalho está diretamente ligada ao objetivo da implantação das Policlínicas e por isso o profissional sanitarista foi escolhido para

fazer parte da equipe. Um profissional com uma formação de nível superior mais genérica poderia não corresponder aos propósitos do projeto de ampliação da AAE na Bahia,

O propósito nas minhas atividades, que eu percebi durante esse período é garantir que o serviço de fato fosse condizente com a sua proposta, que ele tivesse capacidade de dar resolução de saúde à população que chega nesse tipo de serviço e a minha finalidade enquanto sanitaria seria preparar esse terreno, nesse serviço para que ele tivesse capacidade de dar respostas. Eu acho que o grande sentido é esse, preparar antes para que aquele usuário que chega para ser atendido, tenha de fato a resposta que ele necessita, que minimamente ele tenha o cuidado de saúde garantido ali através de todo um processo que foi feito antes (S06).

É que para esse processo de trabalho, de um projeto inovador, precisaria de um monitoramento e acompanhamento e de uma pessoa que pudesse talvez aplicar essas ferramentas de gestão. Eu acho que intuito mesmo foi trazer alguém que tivesse alguma vivência no SUS (S04)

De forma unânime, relataram que a finalidade do seu processo de trabalho é a continuidade do cuidado e a resolutividade da assistência prestada, fatores que estão intimamente relacionados, compreendendo que os serviços prestados para os usuários favorecessem o fechamento de diagnósticos e conseqüentemente os encaminhamentos para outros níveis de atenção, com aparato necessário ao tratamento, contribuindo assim para a resolutividade da assistência.

Você vê um paciente, por exemplo, com suspeita de neoplasia e você tenta fazer a busca ativa desse paciente junto à regulação, junto à assistente social do município para não perder esse paciente, para você tentar dar resolutividade a essas situações de doenças crônicas, graves ou doenças infectocontagiosas (S02).

E aqui a gente tem um fluxo, não sei se todas tem, em que o mastologista quando percebe um nódulo marca a punção, a biópsia. Se deu positivo, ele já passa todos os exames necessários para o tratamento, ou seja, tomografia computadorizada, laboratorial, às vezes um raio-x. Então vai tudo preparadinho pra Salvador [...] Em um áudio de uma paciente, ela começou assim “ô doutor, eu quero só te agradecer porque eu vim aqui pra Salvador e a mastologista que vai cuidar de mim disse que não tem o que tirar e nem pôr dos exames, você já me deixou toda prontinha pra eu começar meu tratamento. Então, eu não preciso nem voltar pra minha cidade, eu já vou ficar em Salvador” (S03).

Nessa perspectiva, explica-se que as atividades cotidianas, bem como a organização do processo de trabalho, o conhecimento sobre a rede e oferta de serviços fundamentados nas necessidades regionais são propósitos dos sanitaristas nas Policlínicas, contribuindo com às demandas da população.

Então, eu acho que esse levantamento constante, essa comunicação constante para tentar dar resolutividade, para tentar dar uma assistência mais qualificada, para garantir acesso, eu acho que é o objetivo do sanitaria dentro da unidade. Buscar esse paciente e fazer com que esse paciente seja

bem atendido, seja resolutivo, seja muito bem encaminhado... compartilhar o cuidado...Eu acho que essa é a ideia do sanitaria ali (S02).

Considera-se que a finalidade trata de uma necessidade que impulsiona o agente antes e durante o processo de trabalho. No fim desse processo, surge um resultado anteriormente idealizado pelo trabalhador (GONÇALVES, 1992). Com relação à finalidade do trabalho do sanitaria evidenciado no estudo, a continuidade do cuidado é um objeto de interesse dos gestores do SUS, já que supera a lógica da assistência fragmentada (CECHINEL-PEITER et al., 2021). O termo continuidade do cuidado possui diversos significados, mas no geral está relacionado a sucessivos eventos para resolução de um problema específico de saúde, além da transferência de informações que possam subsidiar a tomada de decisão no tratamento do paciente (STARFIELD; 2002 apud CUNHA; GIOVANELLA; 2011).

Nesse sentido, a continuidade do cuidado pode ser explicada em três dimensões, a relacional, a informacional e a gerencial. Esta última dialoga com a percepção dos entrevistados quanto à finalidade do seu trabalho, pois está relacionada “[...] à disponibilidade de ações e serviços de saúde, de modo que o acesso seja realizado conforme a necessidade do paciente” (CECHINEL-PEITER et al., 2021, p. 02).

O Objeto do trabalho

O principal objeto de trabalho citado foram os usuários. Para os sanitarias o trabalho desenvolvido é voltado justamente para atender a população. Esse significado foi ampliado trazendo para a discussão o próprio processo de trabalho, as atividades e relações existentes, visto que para alcançar o objeto é necessário organização, alinhamento e modificação dos processos enquanto equipe, não somente de forma individualizada.

Então assim, hoje eu vejo a minha atuação na Policlínica, ela sendo estritamente importante justamente para quem ela foi criada, né? Que é a população” (S07)

Eu acho que todo o esforço que a gente faz, todo o planejamento que a gente faz, todas as brigas que a gente compra, é para o produto final, para atender bem nosso paciente. Atender de forma humanizada, qualificada, dar a ele de fato o melhor que a gente pode dar através desse equipamento que é a Policlínica. Então, é algo muito amplo. Mas, quem não conhece o nosso papel, às vezes acha que é só estar ali atrás de um computador, por vezes mexendo numa planilha, né? Fazendo uma ligação, falando ao telefone ou no WhatsApp, mas não tem noção da dimensão que isso alcança. E acho que é isso, que nosso objeto principal é nosso paciente bem atendido, saindo de lá feliz, passando pela ouvidoria e registrando (S09)

[...] todo o foco do nosso trabalho é o benefício do usuário, da comunidade. Mas assim, eu acho que o trabalho do sanitário na policlínica tá muito no meio do caminho. A gente tem que beneficiar o usuário, mas ao mesmo tempo a gente depende de outros profissionais, então nosso trabalho tá muito relacionado ao trabalho de outras pessoas, sabe? (S08)

[...] mobilizamos conhecimentos e agrupamos para um processo de trabalho coletivo, e a gente transforma o processo de todos, não só o processo individual, fragmentado de cada um... é como se fosse a junção das peças (S06).

É fato que a transição epidemiológica das últimas décadas, que saiu de um cenário de condições apenas agudas para outro com a conjunção de condições crônicas, agudas e de causas externas, exigiu que o sistema fosse reorganizado com foco no usuário/população (CECHINEL-PEITER et al., 2021). E nessa perspectiva, os sanitários tem delimitado o objeto do seu trabalho, corroborando como os estudos de Brito, Mendes e Santos Neto (2018), que identificaram o usuário e a comunidade enquanto objeto do processo de trabalho em saúde.

Conforme Gonçalves (1992), o objeto não é naturalmente um objeto do trabalho. Ele não se delimita por si mesmo, é necessário que o agente tenha um olhar que o materialize enquanto objeto.

Ampliando a concepção do usuário como objeto de trabalho do sanitário, é necessário refletir que as necessidades sociais de saúde se constituem como objeto da Saúde Coletiva e diante da abrangência desse objeto, faz-se necessária a análise de seus determinantes. Dessa forma, as necessidades sociais não devem ser reduzidas aos problemas de saúde, devem ser analisadas como condições essenciais para a qualidade de vida. Contudo, para apreensão do objeto, o agente do processo de trabalho precisa utilizar saberes não só provenientes do campo da saúde, mas também da antropologia, sociologia, economia, política e ecologia (PAIM, 2006).

Assim, o desenvolvimento de ações frente às necessidades sociais de saúde resulta na “melhoria da qualidade de vida e do estado de saúde de indivíduos ou coletividades ou mesmo na promoção da saúde de forma mais ampla” (SANTOS; PINTO, 2017, p. 428).

Instrumentos: materiais e não materiais

Ao tratar desse componente do processo de trabalho, Gonçalves (1985) utilizou as definições de Marx que caracterizaram os instrumentos de trabalho como um complexo de coisas que o agente utiliza para desempenhar suas atividades e assim transformar o objeto. Por

meio do estudo do trabalho médico, ele ainda ampliou essa concepção trazendo que “os instrumentos deveriam ser compreendidos como um momento de operação do saber [...]” do trabalhador e que estes se constituem como instrumentos materiais, sejam as estruturas físicas, os equipamentos e máquinas, e os não materiais, que são os conhecimentos e habilidades (GONÇALVES, 1994 apud MERHY; FEUERWERKER, 2016).

Os entrevistados foram questionados sobre os recursos materiais e não materiais, conforme estabelece o referencial teórico do estudo. “São questões que tornam o nosso trabalho mais viável e facilitam ele, que tornam ele passível de ser desenvolvido com qualidade” (S07).

Sobre os materiais, foram elencados a estrutura física, computador com acesso à internet, impressora, planilhas para desenvolvimento de técnicas de planejamento e análises estatísticas, materiais de expediente como “[...] caneta, papel, régua, pasta suspensa, arquivo, o quê mais? Perfurador, grampeador [...]” (S09); o SIGES, sistema que é muito importante para o funcionamento da unidade e por esse motivo, melhorias são essenciais, visando a não sobrecarga com a inauguração acelerada de novas PRS.

De forma geral, os sanitaristas demonstraram contentamento com a estrutura que a unidade de saúde disponibiliza. Pontuaram a qualidade da estrutura bem como a disponibilidade dos materiais, que viabilizam o desenvolvimento de um bom trabalho.

Eu acho que é um ponto assim muito positivo da policlínica, eu não sei se é porque eu vim de uma realidade extremamente horrível. Eu não tinha uma sala, eu não tinha uma mesa, eu não tinha um computador, eu não tinha um ar-condicionado, eu não tinha cadeira decente pra sentar. Então assim, isso conta? Com certeza! [...] não falta nada, não falta uma caneta, não falta um lápis. A gente tem realmente toda uma estrutura necessária para fazer uma boa gestão, um bom funcionamento (S03).

Na verdade, a gente tem uma sala específica pra gente, pra minha realidade é um avanço. Tem lugares que a gente vai trabalhar que tem que revezar um com o outro. Então, eu acho que isso faz total diferença também, você ter isso. Eu acho também que ter disponibilidade de recursos, material de expediente por exemplo, isso não é nenhum tipo de problema, a gente tem sempre disponível (S08).

Evidências semelhantes às encontradas nos estudos de Fogaça (2014), que demonstraram como a estrutura física está diretamente ligada à satisfação e maior desempenho no trabalho, pois um ambiente adequado pode corresponder às necessidades dos sujeitos, permitindo que as atividades sejam desempenhadas sem grandes esforços, insatisfações e impactos na saúde do trabalhador. Nesse sentido, as unidades de saúde devem proporcionar espaços e condições que favoreçam o desempenho das atividades com qualidade, já que “a atuação dos profissionais depende fortemente dos equipamentos, edifícios

e ferramentas disponíveis, de modo que carências a ela relacionadas podem comprometer o trabalho das equipes e seus resultados” (PEDROSA; CORRÊA, MANDÚ, 2011, p. 58).

Partindo para os instrumentos não materiais, constituídos por saberes e competências, foi possível identificar ao menos de três habilidades necessárias para o desenvolvimento do trabalho diário. Com maior frequência, a comunicação foi citada como um dos mais importantes instrumentos não materiais do processo de trabalho. Tendo em vista o papel de articulação que permeia o sanitarista, desenvolver a capacidade de diálogo e escuta é essencial, já que as relações no dia a dia são estabelecidas com diversos sujeitos.

Em relação às competências é muita comunicação. Tanto com a equipe como com a regulação dos municípios, com o consórcio... essa comunicação é muito importante (S09)

[...] muito importante inclusive, é a comunicação, né? A habilidade comunicativa é essencial. Então se você não preza por uma comunicação de qualidade, você não consegue (S07).

Eu utilizo muito a parte de diálogo, de escuta, porque eu acabo lidando com vários setores. Na parte administrativa você tá em tudo que é lugar, desde a equipe terceirizada, até a equipe médica ou vice versa, passando por tudo, por todos os setores. Então, você tem que ter essa escuta, esse diálogo pra entender as demandas, tentar ajudar, tentar direcionar, tentar resolver conflitos também, que acaba tendo muito (S05).

Aproveitando um elemento do último trecho apresentado, a mediação de conflitos foi a segunda habilidade mais comentada pelos entrevistados. Considerando as diversas pessoas e diversas categorias profissionais que constituem a equipe, os conflitos são constantes e o assessor técnico sanitarista é visto como o sujeito capaz de fazer a gestão deles.

Então, realmente esse processo de gestão de pessoas, gestão de processos, isso é essencial no trabalho. Eu faço diariamente, inclusive a gestão de conflitos, que ocorre com frequência por inúmeros motivos e até sem eles. E a gente tem que estar preparada para isso (S07).

A flexibilidade foi também colocada como um recurso não material importante no processo de trabalho. Pela complexidade do serviço prestado nas Policlínicas, os participantes pontuaram que por estarem sempre envolvidos nas atividades diárias e possuírem inúmeras atribuições, é indispensável essa capacidade de ser maleável.

[...] a gente precisa ter uma competência, habilidade e gestão do que houver, entendeu? Ter uma capacidade ímpar de lidar com tudo, com a situação que surgir relacionado com a equipe, paciente, processos de trabalho, então eu acho que seria essa habilidade de se disponibilizar para tentar resolver as situações que venham a surgir (S04).

Conceição, Marcellos e Rached (2019) concordam que a comunicação é uma habilidade importante para os profissionais de saúde, pois contribui para a qualidade das

relações no trabalho com a equipe, usuários e a comunidade. É uma competência desafiadora que deve ser clara, objetiva, já que perpassa por todo processo de trabalho.

Outra habilidade destacada nos resultados, a mediação de conflitos, também implica na condução do processo de trabalho e fala sobre a competência de descortinar confrontos, facilitar a liberdade de expressão e oportunizar o diálogo, tendo em vista que as relações de trabalho são formadas por sujeitos permeados por contradições (PARISI; SILVA, 2018). Os estudos de Garbado et al. (2017) e Pereira et al. (2021), apontaram que lidar com essas questões é uma atividade inerente ao gestor em saúde, pois os trabalhadores dessa grande área têm maior propensão a desenvolver conflitos pela complexidade do trabalho cotidiano.

Atribuições: o trabalho propriamente dito

Foi possível reconhecer no cotidiano dos sanitaristas que eles desempenham as funções na condição de assessor técnico assistencial e assessor técnico administrativo, vinculados à diretoria geral da Policlínica. Nesse sentido, os profissionais possuem atribuições distintas, mas interdependentes, pois “[...] um depende do outro. Se ela não dar conta do dela e eu do meu, o processo de trabalho empaca” (S07).

Falando especificamente das atribuições da assessoria técnica assistencial, os sanitaristas elencaram como atribuições: responsabilidade com a oferta dos serviços prestados para os municípios consorciados, que consiste no rateio e oferta das cotas de vagas mensais, bem como, cadastro das escalas profissionais em sistema próprio (o SIGES); atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) por meio do faturamento via Boletim de Produção Ambulatorial (BPA); comunicação direta com as regulações municipais; correção de qualquer inconformidade nos agendamentos dos usuários e usuárias, dentre outras funções que visam o bom funcionamento da unidade e prestação de serviço com qualidade.

[...] manter atualizado os CNES, fazer o faturamento da unidade, o BPA todo mês, construir relatório de monitoramento a partir do uso das vagas dos municípios, essa comunicação constante com as regulações de saúde municipal, muitas vezes até com o paciente que chega querendo entender como é que funciona, fazendo correção de agendamento, orientando o paciente como proceder nessas situações, os profissional também, às vezes querem tirar muitas dúvidas, seja ela porque algum aparelho parou de funcionar ou distribuição de consultórios (S02).

Eu fico com toda a parte de agenda, escala de médicos, lançamentos no sistema, [...] resolução de problemas relacionados a agendamentos, problemas relacionados com a equipe, ajustes para atendimentos. Ser esse elo entre a regulação e a unidade, estar direto com os reguladores, eu tenho uma

função de ser a porta-voz de tudo da regulação, informes, orientações. Os profissionais recorrem a mim para passar informações para os reguladores (S04).

Partindo para as atribuições enquanto assessoria técnica administrativa, pôde-se listar: responsabilidades com a gestão de pessoas, observando direitos e deveres previstos na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), registro de ponto eletrônico e avaliação de desempenho dos profissionais; gestão de recursos materiais e insumos, desde o planejamento até a utilização; manutenções preventivas e corretivas do patrimônio e relação direta com os consórcios de saúde.

Eu acompanho a manutenção predial, a manutenção de equipamentos, a parte de setor pessoal, a parte de compras, a parte de construção do referencial de todos os insumos (S05).

A gente faz também o acolhimento dos terceirizados, dos motoristas, a gente acaba treinando os motoristas, o link com consórcio, prepara TR, né? Os termos de referência para processo licitatório. Estoque, almoxarifado, farmácia, insumos para abrir procedimento... tem insumo, não tem insumo? Por quanto tempo vai dar? Tudo isso assim, a gente acaba tendo que olhar (S09).

Os achados coadunam com a concepção de que os gestores em saúde possuem atribuições que incluem responsabilidades com a estrutura física das unidades, com a integração entre as equipes, acompanhamento de atividades e monitoramento de indicadores e metas pactuadas. Para tanto, toda e qualquer decisão deve ser pautada em “um processo sistematizado, que envolva o estudo do problema a partir de levantamento de dados, produção de informação, desenvolvimento de propostas e soluções” (PAIVA et al., 2018, p.182)

Em face de todas as atribuições destacadas seja do sanitário em quanto assessor técnico assistencial ou administrativo, os participantes do estudo destacaram aquelas que particularmente não acreditam fazer parte do escopo de atividades do profissional sanitário, que são: a responsabilidade com as escalas dos profissionais médicos, tanto a cobrança para a entrega no prazo quanto o lançamento no sistema utilizado pelas Policlínicas; as compras de insumos e as atividades vinculadas aos recursos humanos.

Na concepção dos entrevistados, são atribuições que fogem das competências profissionais e que poderiam ser direcionadas para profissionais com outras formações

É um problema sério! Eu fico responsável por estar indo atrás do médico, ver escala, essas coisas, porque se eu não for ele não vai entregar. E aí vai ficar protelando até eu não conseguir lançar as escalas do mês (S01).

Por exemplo, eu acho que abrir escala não é função de sanitário!...Quando fala hoje que o sanitário que está na unidade é responsável pelo setor de

compras não vejo sentido nisso, mas se disser assim, “olha vamos fazer uma avaliação de custo”, aí eu vejo o sanitarista presente nisso. O sanitarista é capaz de trabalhar com dados estatísticos e definir indicadores junto com os outros, junto com aquele que está responsável por comprar, por fazer pedidos. Fazer essa avaliação de custo o sanitarista pode estar presente (S02).

Isso é algo que me incomoda bastante, porque eu não fiz nenhum tipo de curso de Recursos Humanos. Então eu preciso saber quando o funcionário vai casar, quantos dias de licença ele tem direito; com quanto tempo ele tem que apresentar um atestado médico; óbito familiar, quem tem direito e tal; férias, exames periódicos...Eu acho que isso não faz parte diretamente, assim, da função do sanitarista. E por necessidade, talvez, da instituição, foi dado esse presente para a gente, e é algo que me incomoda porque não tenho segurança no que estou fazendo e tenho que ficar pedindo ajuda, ligando para a contabilidade e tal. Então, é algo que foge ao que eu devia estar desempenhando (S09).

Isso para mim cabe algum administrativo ou alguma formação de graduação na área administrativa, que tem até mais competência para saber lidar com essas situações de RH, do que o próprio sanitarista em si, como está sendo colocado (S02).

Nessa perspectiva, os participantes reivindicaram que a ação direta na verificação das folhas de frequência, compensação de carga horária, recebimento de atestados médicos e afins não deveriam integrar as suas atribuições, mas “talvez em determinado período, fazer análises, um relatório mostrando a questão do absenteísmo, como é que está o fluxo, a rotina de trabalho, se tem muita falta, muito atestado” (S02) caberiam perfeitamente ao sanitarista, pois faz parte da qualidade, para manter o serviço funcionando adequadamente.

[...] eu acho que essas atividades administrativas são importantes até para conhecer como funciona, mas não caberia exatamente ao sanitarista. Poderia ter outra pessoa que fizesse isso e o sanitarista supervisionar essa produção, acompanhar ou algo do tipo, mas não de fato o executar, porque a gente acaba perdendo tempo na execução de coisas simples que às vezes um assistente administrativo poderia estar fazendo, e a gente atuando em outras frentes (S06).

Mesmo diante das discordâncias, os profissionais compreendem que são atribuições que constam nos regimentos internos das instituições e que precisam desempenhar com afinco, tendo em vista as necessidades e complexidades das unidades de saúde. Mas, ponderam que seria importante a revisão das suas funções, para que de fato sua força de trabalho fosse aproveitada de acordo com as competências e habilidades de uma formação em Saúde Coletiva.

Eu falo que sem o assessor na unidade, parece que não roda, não sei... porque é uma coisa impressionante, a gente chega para trabalhar, já tem mil demandas. Minha sala não para, não para de chegar gente, é o tempo todo um problema. Aí quando você pensa, agora eu vou ler isso aqui, normas técnicas, a gente não consegue fazer. Isso me atrapalha, porque toda hora chega alguém. Então, o processo é cortado. E quando você vai conseguir fazer é

depois das 17h, já que tem um número menor de profissionais na unidade, só que aí você também tem que ir embora, porque você tem uma vida depois daquilo ali, né? (S09).

Porque a assessoria acaba sendo... eu vou usar um termo que uma assistente administrativa usa lá, a muleta da Policlínica. Então todo mundo que tenha um problema, seja lá qual for ele, não importa, procura onde? A assessoria. Por quê? Então, a máxima que circulava na Policlínica e ainda circula é: não sabe como resolver? Manda para a assessoria, não importa que não é da assessoria. Sabe qual é o meu maior desejo? Ter tempo suficiente para criar as normas e rotinas, o POP mesmo, porque assim a gente vai ter realmente critério comprovado de que nem tudo perpassa pela assessoria, e que nem tudo é atribuição nossa (S07).

A indefinição de atribuições gerenciais é uma realidade no cotidiano de trabalhadores que atuam na gestão, tal fato gera insatisfações e compromete a realização de atividades que realmente competem a eles. Nessa linha, a qualificação do trabalho transcorre na necessidade de definição clara e objetiva das responsabilidades e atribuições dos profissionais (CONTIJO et al, 2017; PAIVA et al. 2018).

Partindo para o ponto em que foram externadas as atividades inerentes aos sanitaristas, mas que não são desenvolvidas ou estão em segundo plano, foram possíveis destacar atividades voltadas ao planejamento, monitoramento e avaliação; gestão da qualidade e educação em saúde, vinculadas à falta de tempo e ao vasto número de atribuições diárias

Tem algo que eu nunca consegui realizar desde que cheguei na Policlínica, porque realmente não há tempo hábil, que é realmente processos de planejamento e avaliação. Eu não consigo, não dá! Eu faço um relatório de final de ano, mas numa pressa tão grande, uma pressa tão grande, porque não é processual. Não consigo sistematizar isso mensalmente (S07).

Eu acho que isso é meio geral, tem algumas diferenças de uma policlínica para outra, mas pelo pouco a gente consegue captar, é que realmente são muitas tarefas e muitas atribuições, meio o que não tem função cai no colo do assessor. Eu tenho um exemplo muito claro para dar aqui na policlínica em relação ao PES, Planejamento Estratégico Situacional. Eu tinha feito o planejamento, as reuniões e tudo, as oficinas estavam planejadas e surgiu uma demanda da diretoria para outra ação. E nesse meio tempo surgiram tantas outras coisas e não andou e a gente ficou travado nesse sentido, é um exemplo para ilustrar o que acaba acontecendo (S04).

Sobre o planejamento, monitoramento e avaliação, os entrevistados acreditam que são elementos básicos do processo de trabalho, que auxiliariam os municípios consorciados na utilização efetiva dos serviços prestados pela Policlínica, a partir da demanda reprimida e do perfil de atendimento, “porque não é tão somente a questão de número de atendimentos, é saber se essa população que está sendo atendida é uma população que realmente precisa estar hoje na policlínica” (S08).

Isso ajudaria bastante as Policlínicas no geral, se com algum esforço a gente conseguisse voltar para isso, para essas questões de auxiliar os municípios e fazer com que a policlínica seja de fato resolutive, que os municípios enxerguem o que está conseguindo com a policlínica, o que de fato ela está

trazendo de resultado positivo, ou não, que precisa ser melhor ajustado, mas desde que a gente tivesse como e tempo para realizar essas tarefas (S04).

Partindo para a gestão da qualidade, os sanitaristas entendem que é uma atribuição que faz parte das suas competências e que inclusive constava nos editais de seleção e no regimento interno aprovados por algumas unidades. Para eles, alinhar fluxos, revisar os procedimentos operacionais, realizar auditorias internas e atividades de educação permanente são essenciais para a qualidade do serviço prestado.

Uma questão que eu acho bem interessante que tem no edital, é sobre gestão da qualidade, eu já parei para ler um pouco e acho que o sanitarista cabe ali perfeitamente, então assim, você fazer a gestão da qualidade implica em muitas coisas que não são de execução do sanitarista, mas que o sanitarista pode auxiliar no monitoramento, dando base com relatórios para tomada de decisão (S02).

Por exemplo, tem uma função no regimento que é auditoria interna, é algo que eu acho que o sanitarista vai fazer muito bem, vai ter aquele olhar crítico pra fazer a auditoria interna que a gente precisaria fazer. Nunca consegui fazer, mas, eu não estou conseguindo fazer várias funções pelo fogo que eu tenho que ficar apagando. A gente tem vontade de fazer, mas não tá conseguindo. Eu não sei se é por conta de todo o acúmulo, o assessor fica com muita coisa e por isso que a gente não tá dando conta (S03).

Conforme pontuado, as ações de educação em saúde também se constituíram como atividades que gostariam de participar mais ativamente, pois normalmente o envolvimento maior está relacionado à organização e aquisição de materiais para que outros profissionais executem,

A parte, por exemplo, de educação em saúde não estamos conseguindo fazer e é uma coisa que eu queria muito está fazendo, entendeu? E a gente não tá. A gente acompanha, porque tem que lançar depois toda aquela justificativa no sistema. A gente vê a quantidade de pessoas que participaram, o tema que foi [...], precisa de material, aí vem comigo também pra ver qual é o material que vai ser utilizado. Então, a gente participa do processo, mas falta assim que eu sinto é de tá ali também, porque é tão enriquecedor você ouvir a comunidade, é uma forma que eu tenho mais de ouvir o usuário do serviço (S05).

Foi notório que os participantes reconhecem suas atribuições e a importância delas para o funcionamento da Policlínica, mas também desejam que essas atividades sejam redefinidas para que de fato desempenhem funções condizentes com suas habilidades e competências enquanto sanitaristas, pois “[...] às vezes dá uma sensação de que você está sendo subproveitado, [...] a unidade não consegue se organizar para que você possa ir além daquilo ali, que tá dentro da sua capacidade de formação técnica” (S02).

Correspondente com as pontuações, os sanitaristas são capacitados “[...] para a realização de ações de vigilância, planificação, gestão, controle, avaliação, além de intervenções sociais organizadas dirigidas à promoção, proteção, comunicação e educação em saúde” (PAIM, 2006, p.106). Desse modo, reitera-se a necessidade de redefinição das atribuições dos sanitaristas no cenário analisado.

Por esse ângulo, o planejamento, monitoramento e avaliação são funções que devem fazer parte da prática dos gestores em saúde. Contudo, estudo apontam que essas atividades são constantemente fragilizadas nos serviços devido demandas excessivas que surgem habitualmente, ainda que os profissionais reconheçam essas funções enquanto suas responsabilidades (CONTIJO et al., 2017).

Potencialidades e desafios do processo de trabalho do Sanitarista

Durante todo o percurso do estudo, as potencialidades e desafios do processo de trabalho dos sanitaristas foram evidenciados. Primeiramente, discorreram sobre as possibilidades de aprendizado diário pela novidade da atuação dos sanitaristas no contexto das Policlínicas e pela complexidade dos serviços ofertados nessas unidades. Para os sanitaristas, o trabalho na AAE proporciona conhecimento, descobertas e experiências, fatores que contribuem para o empenho e satisfação no desenvolvimento do trabalho. Por ser um projeto novo, existem perspectivas de outros projetos a partir das policlínicas e os participantes acreditam que o trabalho desempenhado na assessoria pode auxiliar nessas descobertas.

A produção do cuidado também surgiu como uma potencialidade, considerando a oferta de um serviço qualificado a partir de critérios bem definidos e processos de trabalho bem amarrados, que perpassam pelas atividades dos sanitaristas na Policlínicas. A partir dessa oferta, acredita-se que é possível proporcionar um cuidado contínuo e efetivo aos usuários e usuárias.

Dentro da Policlínica desde o começo até hoje, eu enxergo que a gente aprende todos os dias. Seja um exame que a gente nem sabia que existia e aí você vai procurar para dar uma orientação correta ao paciente, ou até questões de informática, que com a prática acaba aprendendo. Tem um potencial muito grande de aprendizado dentro da Policlínica (S01).

[...] ser sanitarista dentro do contexto das Policlínicas, que é um contexto diferente do que a gente já tinha experiência, [...] um serviço que a gente nunca teve contato antes. Em qual outro serviço a gente iria estar coordenando processos de trabalho com tantos exames de alta e média complexidade? Em nenhum outro! Que outras ideias de processos em rede podem surgir a partir da Policlínica? Onde é que a assessoria entra nisso? É

um ambiente lindo, um ambiente que aflora potencial. É um ambiente que se você tiver pessoas que olhem para ele com curiosidade, você consegue descobrir maravilhas. E não é descobrir por descobrir, é descobrir para melhorar, para complementar. É descobrir para oferecer o melhor ao público alvo (S07)

Eu acho que o potencial do trabalho do sanitário é justamente fazer com que o serviço de saúde preste um cuidado cada vez mais qualificado à população, e quando eu digo qualificado, é qualificado com critérios. Não só estar com um sorriso no rosto etc. e tal, mas de fato dá resultados para que a pessoa tem uma recuperação em menor tempo, que ela consiga um acesso no tempo certo, lugar certo e na hora certa (S06).

O trabalho em saúde é um processo reflexivo, com o objetivo de prevenir, manter ou restaurar a saúde das pessoas. Sendo assim, é uma atividade imprescindível para a sociedade. Complementar a essa ideia, alguns estudos demarcam a imprevisibilidade do trabalho em saúde, já que seu objeto é a vida humana, em contrapartida, essa imprevisibilidade possibilita a adoção de variadas estratégias e experimentação de práticas, tornando o processo de trabalho um espaço privilegiado de produção constante de saberes, conforme apontaram os resultados (PEDUZZI, 2003; FARIA; ARAÚJO, 2010).

Quanto aos desafios, a falta de autonomia, falta de conhecimento sobre a profissão sanitária e a sobrecarga foram elementos muito presentes. Sobre o primeiro, a sensação é de não ter autonomia para resolver questões do processo de trabalho, ou de existir uma autonomia seletiva, em determinados momentos o assessor pode tomar decisões e em outros não, gerando incertezas sobre esse limite de ter e não ter autonomia.

Autonomia é o desafio. É porque, assim, eu não confundo autonomia com autoridade para fazer, não é isso. [...] Muitos problemas recaem sobre a assessoria, mas, a assessoria não tem autonomia para resolvê-los e quando não é resolvido, a assessoria responde. Então, assim, muitas vezes o processo de trabalho me angustia. Existem situações que a autonomia, realmente, para tomar algumas decisões, fariam as coisas acontecerem. Ao mesmo tempo em que eu me sinto uma pessoa que tem autonomia no meu processo de trabalho, eu ainda tenho uma dificuldade de saber qual é o limite disso. [...] Não nos é concedido o direito de autonomia em coisas simples, que na rotina só faria toda a instituição quanto os pacientes ganharem (S07).

Partindo para o segundo desafio identificado, ficou evidente que a profissão sanitária ainda não é certamente compreendida pelos outros integrantes da equipe. Nesse sentido, a falta de compreensão sobre qual o papel dos sanitários na gestão das Policlínicas é visto como uma dificuldade a ser superada, fato observado também por Poersch (2015) em um estudo realizado em unidade de alta complexidade. Entretanto, a atuação desses profissionais é antiga no contexto da saúde no Brasil, consolidando-se não somente em ações de vigilância, mas também na gestão de sistemas e serviços de saúde.

Parece que as pessoas nem conhecem o que é ser sanitaria. Eu acho que muita gente nem enxerga a gente dentro da Policlínica como sanitaria, acha que uma pessoa do administrativo que tá lá para dar um apoio na diretoria e ficar nesse suporte, né? Não vê todo potencial, todo escopo de atribuições que o sanitaria tem, principalmente nessa parte de análise epidemiológica (S01)

Tem colegas que questionam realmente qual é a minha formação, se eu sou formado em administração, porque normalmente o pessoal pensa que quem é formado em administração que tem que desempenhar isso, né? (S08).

Como dificuldade, eu vejo essa fragilidade de nem todas as pessoas entenderem o sanitaria, em entenderem o papel dele, do que ele é formado, o que ele pode estar contribuindo. Será que ele é só tem um papel administrativo, de gestor, só de vigilância? Será que ele tem um papel só de regulação? E aí eu acho que existe esse limbo do que é o sanitaria (S06).

Por conseguinte, o referido desconhecimento leva ao terceiro desafio, a sobrecarga. Nessa lógica, os entrevistados se sentem sobrecarregados pelo acúmulo de funções gerado pela soma das atividades oficialmente designadas para o cargo de assessoria técnica mais as atividades demandadas pelos membros da equipe, pois vislumbram o sanitaria como solucionador de problemas. Diante disso, questionam-se em que medida os limites enquanto pessoa foram ponderados ao estabelecer as atribuições dos assessores técnicos.

A gente ficar muito sobrecarregado de ter tantas atribuições. Como não é uma profissão tão comum e que tenha tantas pessoas já fazendo esse trabalho, acaba que tudo que surge na Policlínica a gente tem que fazer. O que não tem dono é do sanitaria (S01).

Então, se queima uma lâmpada tem que falar com o assessor, se o profissional atrasa é o assessor, se precisa falar com paciente que o profissional atrasou chama o assessor...Então, às vezes a gente fica tomado por situações que não são nossas, que poderiam ser melhor direcionadas (S03).

Eu amo muito ser sanitaria no contexto de Policlínica, mas, isso me causa muito desgaste. Mas e porque ser sanitaria na Policlínica causa desgaste? Justamente porque é necessário delimitar. O sanitaria, ele não é onipotente, ele não é onipresente, ele não é onisciente, ele tem limites e precisa ser respeitado. [...] Eu questiono, por exemplo, todas aquelas atividades que estão no regimento. Até que ponto nossa humanidade está sendo colocada, até que ponto nós enquanto seres humanos, que trabalham 40 horas e não 80 por semana, está sendo considerada quando a gente lê todas aquelas atribuições? Então assim, eu fico pensando se na ânsia por fazer um profissional diverso, múltiplo, que dê conta de várias coisas, a gente não está fazendo, criando profissionais sobrecarregados, cansados, estafados, né. Hoje eu me considero uma pessoa super produtiva, hiper produtiva. Mas, o que eu serei daqui a 5 anos se eu continuar sobrecarregada assim? Então, isso me preocupa, isso me angustia (S07).

Estudos elucidaram os desafios da gestão em saúde. Apontaram como principais fragilidades a deficiência na formação profissional; indefinição do papel do gestor; falta de

autonomia; sobrecarga; alta rotatividade dos profissionais, provocando descontinuidade do processo de trabalho, e lentidão na adoção de novas tecnologias, para organização do trabalho. Alguns presentes nos resultados desse estudo (LORENZETTI et al, 2014; PAIVA et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada nesse estudo evidenciou os principais elementos que constituem o processo de trabalho dos Sanitaristas no cenário da AAE. Foi possível observar que no contexto das PRS, esses profissionais desempenham o papel de assessoria técnica em duas perspectivas distintas, a assistencial e administrativa. Contudo, independente da função que executem, a perspectiva em relação ao seu objeto, finalidade e instrumentos de trabalho são semelhantes, considerando o referencial da Teoria do Processo de trabalho em Saúde.

Além disso, foi reconhecida a importância desses sujeitos enquanto articuladores do processo de implantação e como referência aos demais profissionais da equipe. Tais competências sustentam o quanto os sanitaristas são relevantes na estratégia de ampliação da AAE no estado da Bahia, pois são profissionais capazes de identificar necessidades de saúde, propondo soluções para o adequado funcionamento dos serviços de saúde. Contudo, os resultados sugerem a necessidade de redefinição normativa das atribuições estabelecidas, com vistas à superação da falta de autonomia, sobrecarga de trabalho e desconhecimento sobre a profissão, afim de melhor aproveitar a capacidade técnica desses agentes.

Esse estudo pode contribuir para a visibilidade do Sanitarista, enquanto profissional qualificado para o trabalho em todos os níveis de complexidade do SUS, especialmente na AAE. Entretanto, aponta-se a necessidade de novas investigações que fomentem a qualificação do processo de trabalho desses atores da Saúde Coletiva.

4.4 Produto técnico - Importância do sanitarista na Atenção Ambulatorial Especializada do SUS: relato de ação educativa para preenchimento do quesito raça/cor no cadastramento de usuários de Policlínica Regional de Saúde da Bahia

IMPORTÂNCIA DO SANITARISTA NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA DO SUS: relato de ação educativa para preenchimento do quesito raça/cor no cadastramento de usuários de Policlínica Regional de Saúde da Bahia

Resumo

Considerando que a Saúde Coletiva é um campo de conhecimento que possibilita mudanças no modelo de atenção, objetiva-se relatar ação educativa de preenchimento do quesito raça/cor no cadastramento de usuários. A intervenção foi através de oficina com assistentes administrativos de uma Policlínica Regional de Saúde da Bahia, baseada teórico-metodologicamente em componentes curriculares do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia. A atividade provocou reflexões importantes sobre racismo institucional e sensibilizou os participantes sobre a importância do preenchimento do quesito raça/cor. E assim, evidenciou-se o potencial transformador das atividades educativas e do novo sujeito sanitarista a frente da implementação e/ou readequação de políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Sanitarista; Atenção Ambulatorial Especializada; Educação permanente; Racismo Institucional; Quesito Raça/cor

INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva enquanto campo de conhecimento toma o processo saúde-doença em articulação com toda a estrutura da sociedade, e assim atravessado por questões políticas, ideológicas, culturais e econômicas, tem como desafio a consolidação de políticas e práticas de saúde, cuja relevância social e acadêmica busca rever os paradigmas da saúde pública convencional e do modelo biomédico (GONÇALVES et al., 2017; PAIM; SILVA; SCHRAIBER, 2014;). Com uma nova proposta científica e epistemológica, a Saúde Coletiva confronta a racionalidade médica hegemônica, sendo para isso necessário a formação de recursos humanos capazes de identificar as necessidades de serviços de saúde pública e

atenção à saúde, enfrentando com eficiência os problemas coletivos da saúde pública (PAIM, 2006).

Este é o domínio de atuação do sanitarista, uma atividade profissional clássica do sistema de saúde brasileiro, regulamentada inicialmente pela Lei nº 488/1948 para os profissionais médicos e pela Lei nº 3.427/1958 para os engenheiros (BEZERRA et al, 2013). Lorena et al. (2016) reforça a presença do profissional sanitarista no cenário da saúde no Brasil desde a década de 1920, com seu método intervencionista, fundamentado no sanitarismo norte-americano e nas ideias preventivistas que cercou o surgimento dessa ocupação.

Foi através da necessidade de formação de novos profissionais em decorrência do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que a insuficiência da formação tradicional de profissionais de saúde e a possibilidade de mudança no modelo de atenção exigiram redefinição do objeto das práticas de saúde coletiva. De modo que o trabalho e o sujeito, ratificaram a importância da qualificação do sanitarista (LORENA et al, 2016; PAIM, 2006;).

Frente a essa necessidade de formação qualificada, capaz de produzir transformações das práticas em saúde no Brasil (SILVA; PINTO, 2018), Bezerra vai afirmar que:

Esse profissional vai ao encontro à proposta do SUS, pois a sua formação e atuação permite colaborar como agente promotor da saúde, diagnosticando os problemas e as necessidades em saúde, e ajudando a encontrar soluções para consolidação dos serviços de saúde (2013, p.60).

Lorena et al. (2016) aponta campos de atuação do profissional sanitarista, cujo exercício abarca cargos e funções como coordenação de unidades de saúde, de vigilância epidemiológica e de pesquisa, analistas de políticas sociais e sistemas de saúde, assistência técnicas em saúde, coordenação da atenção básica, gerencia em serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, assessorias, entre outros.

Mas os profissionais sanitaristas se concentram prevalentemente nas áreas das enfermidades transmissíveis, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental, sendo necessária a desconcentração para outros campos da saúde pública, dada sua capacidade de atuação em todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BEZERRA et al., 2013; CECCIM, 2002).

Um dos marcos da iniciativa “A Saúde Pública nas Américas”, liderada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), foi a definição das funções essenciais de saúde pública (FESP). Apoiando-se no conceito de saúde pública como uma ação coletiva do Estado e da Sociedade Civil, para proteger e melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades, essas funções buscaram privilegiar: a relevância à promoção da saúde; o desenvolvimento de

políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em saúde pública com participação popular; o desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública e a garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos (MUÑOZ et al., 2000; PAIM, 2006).

Considerando que na sociedade brasileira as condicionantes étnico-racial determinam quais os indivíduos ocupam espaços sociais distintos, o racismo não pode passar despercebido. Trata-se de um “fenômeno ideológico, um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades, especialmente no campo da saúde” (WERNECK, 2005 apud BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS 2013, p. 682). Ao reafirmar a supremacia de um sobre o outro, o racismo tem relação com as condições de vida das pessoas, orienta a qualidade do cuidado e assistência prestada em saúde e tem impactado negativamente, todos os indicadores de saúde da população negra (IBGE, 2018).

Nas instituições brasileiras, atitudes e mecanismos encobrem a expressão dos racismos institucional (hegemonia de grupos de poder) e estrutural (ordem social), conforme esclarece Almeida (2019). São discursos que manifestam condutas de igualdade, mas que operam acesso diferencial aos recursos de poder e/ou tratamento diferenciado, beneficiando um setor da população e prejudicando outro (JONES, 2000; PARADISES, 2006). Normalizado a partir de normas, práticas e comportamentos discriminatórios, adotados no cotidiano do trabalho são condutas resultantes de preconceito racial, que combinam estereótipos racistas, provocando situações de desigualdade no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (ALMEIDA, 2006).

Como forma de minimizar essa produção de iniquidades, a Portaria nº 992/2009, instituiu-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que representa compromisso do Ministério da Saúde em combater iniquidades e promover atenção que considere necessidades de saúde da população negra, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017a).

Dentre seus objetivos, destaca-se a especificidade de “aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS (BRASIL, 2009). A obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde deve respeitar a autodeclaração dos usuários dos serviços, conforme a Portaria nº 344/2017. Isso permite geração de informações que retratam os efeitos das desigualdades nos grupos populacionais e,

consequentemente, fomentem a criação de políticas públicas voltadas para a correção ou minimização desses efeitos, atendendo ao princípio da equidade (BRASIL, 2017b).

Diante do exposto, tem-se a necessidade da qualificação dos processos de trabalho em serviços do SUS, considerando os três níveis de atenção e as práticas de cuidado. Na atenção ambulatorial especializada, a implantação das Policlínicas de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) Bahia a partir de 2017, reconheceu-se a necessidade de intervenção com ação educativa para acolhimento adequado dos usuários, quando do seu cadastramento no serviço.

Assim, no campo da Saúde Coletiva, a atuação do sanitarista perpassa a responsabilidade ético-político-social, levando-os a intervirem como ativadores de mudanças nos espaços de trabalho e assim gerenciar um conjunto de atividades que provoquem impactos na saúde da coletividade (PAIM, 2006). Sendo assim, este capítulo objetiva relatar ação educativa de preenchimento do quesito raça/cor no cadastramento de usuários de Policlínica Regional de Saúde do SUS Bahia.

METODOLOGIA

A partir da observação de que havia falta de informação sobre raça/cor nos cadastros dos usuários em uma das 16 PRS, especificamente a unidade que abrange regiões de saúde das cidades de Vitória da Conquista e Itapetinga (lócus da intervenção), foi pensada uma ação de requalificação profissional, fundamentada no processo de educação permanente do serviço. Esta ação foi planejada enquanto projeto de intervenção que abarcou concepção teórico-metodológica dos componentes curriculares “Saúde Coletiva: teoria e prática” e Saúde e Cultura: Produção de Cuidado, do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia (MEPISCO/DCV/UNEB).

Esta PRS é unidade especializada em apoio diagnóstico e terapêutico, de média e alta complexidade da atenção secundária, com atendimento 100% SUS voltado para especialidades médicas; exames de alta e média complexidade; pequenas cirurgias e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico com nutrição; psicologia; farmácia e serviço social. Sua abrangência alcança 31 municípios do Núcleo Regional de Saúde Sudoeste através do Consórcio Público Interfederativo da Região de Vitória da Conquista/Itapetinga (CISVITA) do SUS Bahia, com população adstrita que soma total de 598.720 habitantes de cobertura.

Junto com as Comissões de Educação Permanente e de Humanização do Serviço foi estabelecido que o problema de intervenção seria o não preenchimento do quesito raça/cor por

autodeclaração, no sistema de cadastramento de usuários, o Sistema Integrado de Gestão à Saúde (SIGES). A partir daí se procedeu à concepção da ação educativa e o planejamento do processo metodológico a ser implementado, tendo como piloto a referida PRS do SUS Bahia.

Como estratégia pedagógica foi adotado o modelo de oficina, que segundo Paviani e Fontana (2009), permite a construção de conhecimentos articulando bases teóricas com ações concretas vivenciadas pelos participantes, em contraposição ao modelo tradicional de aprendizagem e avançando na produção de conhecimentos teóricos e práticos, de forma ativa e reflexiva.

Assim, a ação foi intitulada de “Oficina de Sensibilização e Qualificação para preenchimento do Quesito Raça/Cor” e teve como público principal assistentes administrativos da PRS. Sua realização ocorreu no auditório da PRS no dia 06 de agosto de 2020, em único turno (vespertino) de modo adequado às recomendações de distanciamento social necessário no contexto da contingência à COVID-19.

O convite à oficina foi realizado oficialmente via Comunicação Interna, sendo destacável o elevado índice de adesão dos profissionais (92%). Uma única abstenção ocorreu pela ausência justificada do profissional na data de realização. A ação foi dividida em dois momentos: um teórico e outro teórico-prático. No primeiro, utilizou-se a dinâmica para problematizar a “Qual a cor do meu amigo?”, quando cada um dos participantes deveria olhar ao colega da direita e dizer qual a cor do mesmo. Através dela foram desenvolvidos conceitos como raça, etnia e autodeclaração.

Foi também exibido o vídeo “Desigualdade Racial no Brasil - 2 minutos para entender!”, acessado através da plataforma YouTube, que apresentou dados estatísticos que apontam para existência da desigualdade racial no país. Em seguida, foram apresentadas as PNSIPN e Portaria nº 344/2017, que dispõem sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde, permitindo discussão dos seus pontos centrais.

No momento teórico-prático, foi realizado acesso ao sistema de cadastramento da PRS, simulado cadastros dos participantes da oficina dando maior destaque para onde e como registrar o quesito raça/cor (melhores formas de abordagens ou questionamento ao usuário).

Ao final da intervenção, foi aplicada avaliação em estilo de questionário composto de 6 perguntas (3 objetivas e 3 subjetivas) preenchida individualmente, através do Google Forms, enviada como mensagem de aplicativo de comunicação *Whatsapp* e acessada pelo *smartphone* pessoal dos participantes (todos possuíam).

Os responsáveis institucionais pela intervenção pretendiam que o resultado fosse a sensibilização e capacitação dos trabalhadores ao preenchimento do quesito raça/cor e corretamente (assegurando respeito a necessidade de autodeclaração), de modo a contribuir para a cidadania dos usuários. Como outras relevâncias, conseqüentemente permitiriam a melhoria dos dados de identificação e qualificação do sistema de informação por produzir dados que posteriormente seriam utilizados no planejamento, monitoramento e avaliação do serviço de saúde. Além da contribuição ao princípio da equidade do SUS, ao produzir informações para a criação de ações públicas de saúde que reconheçam as especificidades da população negra.

A atividade ocorreu conforme planejamento e atingiu as expectativas esperadas, contextualizando a necessidade e importância do tema e apontando à necessidade de ações de educação permanente que potencializam e transformem as práticas profissionais (BRASIL, 2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da problematização estabelecida no primeiro momento da oficina perguntando “Qual a cor do meu amigo?”, já se percebeu um leve estranhamento entre os participantes. Isto foi relatado como desconforto, medo ou vergonha ao ditar a cor do outro. Segundo alguns relatos os sentimentos derivaram da preocupação de apontar uma cor que não fosse a considerada pelo colega, gerando desconforto ou constrangimento.

Com isso, foi possível constatar que falar de raça/cor ainda é um tabu social que precisa ser enfrentado com muitos debates. Outra evidencia da dinâmica foi a autodeclaração. Uma participante (AA1) referiu que “Eu fiquei desconfortável em dizer a cor dela porque eu acho que ela é quem determina sua cor e não eu!”. Nesse momento muitos fizeram gestos e falas de concordância.

Ao final do primeiro momento, entendeu-se que a autodeclaração se constitui como uma ferramenta hábil que reforça a identidade, o pertencimento e o reconhecimento dos sujeitos em grupos historicamente prejudicados no processo de construção da sociedade (DUARTE JUNIOR, 2019). E como sugere Moutinho, em seu estudo sobre raça, sexualidade e gênero, “a quebra de um tabu produz ansiedade e conflitos” (2004, p. 70).

O vídeo “Desigualdade Racial no Brasil - 2 minutos para entender!” revelou dimensões da desigualdade racial no país, segundo dados do IBGE, da Secretaria de Políticas

de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e do Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2016.

Ao abrir para comentários houve um breve momento de silêncio, até que uma das participantes indagou como diante de tantas evidências existem pessoas que não acreditam que há racismo no Brasil? Outra participante foi incisiva ao dizer que não precisava ir muito longe para perceber as desigualdades raciais. Observar os profissionais que ocupavam cargos de nível superior e médio na Policlínica seria um exemplo dessas desigualdades.

É importante ressaltar que o elemento escolaridade tem implicações na ocupação de cargos de altos níveis e no retorno salarial. Segundo o IBGE (2019), em 2018 68,6% dos cargos gerenciais eram ocupados por pessoas brancas contra 29,9% de pessoas pretas ou pardas. Apesar de indicadores educacionais referentes à população preta e parda apresentarem melhora entre 2016 e 2018, as desvantagens em relação a população branca continuam evidentes. (IBGE, 2019).

O debate seguiu então com contos de situações racistas vivenciadas ou não pelos participantes. Momento muito importante da oficina, que possibilitou elucidar que o entendimento sobre o racismo no Brasil deve caminhar conjuntamente ao seu debate estrutural, que está relacionado ao próprio processo de formação da sociedade brasileira e seu extenso período de regime escravocrata. Ou seja, compreender o racismo hoje requer considerar a perspectiva histórica, que explica a falta de acesso a direitos básicos e à distribuição de riquezas para a população negra (RIBEIRO, 2019).

Como o vídeo havia apresentado estatísticas sobre desigualdades raciais no acesso à educação; condições de moradia; distribuição da riqueza; índices de violência e representatividade nos três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), prosseguiu-se com a apresentação das estatísticas sobre a saúde no Brasil. Foram expostos dados sobre mortalidade materna, sífilis em gestantes, tuberculose, hipertensão e diabetes.

Nesse contexto, o debate seguiu apontando as desigualdades raciais no setor saúde e como os determinantes sociais, definidos como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78), interferem nessas estatísticas. Moradias precárias e insegurança alimentar são exemplos de situações vivenciadas pela população preta do Brasil, e por isso está propensa em maior proporção aos agravos citados anteriormente.

Os dados apresentados deram espaço para a última atividade do momento teórico: a apresentação e discussão da PNSIPN e da Portaria nº 344/2017. A primeira estabeleceu

objetivos, diretrizes e responsabilidades dos três entes federativos (União, estados e municípios), contando fortemente para sua construção com a contribuição dos movimentos sociais, pesquisadores, gestores e aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Incluiu ações de cuidado, atenção e promoção da saúde, bem como gestão participativa e controle social; produção de conhecimento; formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando a efetivação da equidade em saúde da população negra.

A Portaria nº 344/2017 nos seus cinco artigos torna obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de saúde e também estabelece as responsabilidades dos entes federativos (BRASIL, 2017a). Ao longo da apresentação foi reiterado a importância dos movimentos sociais ligados à temática do direito da população negra, para a normatização da PNSIPN e da Portaria nº 344/2017, que são ferramentas importantes para a redução das desigualdades raciais em saúde e do racismo institucional.

As falas subsequentes à apresentação revelaram experiências com o preenchimento do quesito raça/cor. Um dos participantes falou sobre sua experiência enquanto recenseador do IBGE. Contou como era difícil o preenchimento do referido quesito, pois a população citava inúmeras cores por vezes engraçadas como “Preto Cacete”, “Fogaço”, “Moreno” e etc. Essa fala suscitou a ideia de ditar as opções de cores durante o questionamento, na tentativa de auxiliar o indivíduo na escolha e assim evitar a diversidade de cores do senso comum.

Outra participante relatou sobre a experiência em uma Unidade Básica de Saúde. Antes de um atendimento, a recepcionista perguntou qual era sua raça/cor e ao dizer que era preta a atendente contestou, dizendo que ela era morena e não preta. Com esse episódio o grupo conversou sobre como os profissionais da saúde de maneira geral, necessitam de preparo para colocar em prática o que orienta a Portaria nº 344/2017, uma vez que nem sempre respeitam a autodeclaração.

No momento teórico-prático, inicialmente o SIGES foi acessado para situar os participantes onde se encontrava o quesito raça/cor no cadastro do paciente. Assim, a simulação seguiu com alguns participantes interpretando o próprio papel de recepcionista e outros o papel de paciente. Foi experimentado formas de abordar os usuários, de maneira que eles não se sintam constrangidos, entendam com clareza o questionamento e tenham suas declarações registradas e respeitadas.

Para avaliação da ação educativa, foram aplicadas questões que permearam a relevância da temática; metodologia aplicada; domínio da mediadora e aplicabilidade dos conhecimentos no cotidiano do trabalho. 63,6% (7/11) dos participantes avaliaram a

atividade. 100% dos que responderam acharam que a metodologia utilizada contribuiu para a aprendizagem e que a mediadora foi clara, objetiva e demonstrou conhecimento sobre o tema.

Quanto à relevância, todos disseram ser muito alta, conforme a fala de AA2 “altamente relevante, visto que isso pode se tornar uma ferramenta para novas políticas públicas ou melhoria das já existentes”. E para AA3 “a temática abordada é de relevância para o ambiente de trabalho, bem como para o convívio em sociedade”.

Com relação a possibilidade de aplicabilidade do aprendizado, 100% informaram ser possível. Eles entenderam como algo simples e importante, que já faz parte do dia a dia, como percebido na fala de AA2: “é um simples questionamento com um grande peso por trás. Mas para a obtenção da resposta não acredito que haverá dificuldades”. Já para AA5 “embora possa existir algumas dificuldades, é possível contornar e realizar o trabalho da forma como deve ser, pois a informação é extremamente importante”.

Para a participante AA6 chamou atenção o modo pelo qual usuários e usuárias podem se sentir mais acolhidos na instituição quando relata que “facilita no atendimento dos pacientes, mostrando a eles a importância da sua declaração, bem como deixando-os mais cientes de que o serviço de saúde se preocupa em dar uma atenção mais ampla à sua vida”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande adesão e participação dos assistentes administrativos propiciaram debates ricos e inquietantes, sugerindo que a ação educativa teve potencial transformador nas práticas dos sujeitos, seja no acolhimento dos indivíduos ou como usuários do SUS. De maneira notória, alguns cadastros de usuários da PRS já constam o quesito raça/cor preenchido (diferentemente do observado antes da atividade), apontando para o alcance do resultado da proposta de intervenção. Isso pode ser considerado como uma mudança institucional, fruto da qualificação do processo e trabalho.

Atenta-se que mais do que a obrigatoriedade no preenchimento do quesito, a oficina suscitou nos participantes a noção de como as informações étnico-raciais são indispensáveis para a elaboração e promoção de políticas públicas que visam diminuir as desigualdades raciais em saúde, e como eles podem ser agentes importantes na produção desses dados.

Portanto, a experiência vivenciada foi muito positiva e gratificante. Atenta-se que, por si só, não é suficiente para transformar a realidade. O racismo é um problema social mais que urgente, sendo importante combatê-lo com as ferramentas que se possui. Então, propor e desenvolver a Oficina de Qualificação respondeu não apenas a uma necessidade posta pelo

serviço de saúde, mas também a uma inquietação de sua organizadora, que busca contribuir para a luta antirracista, promovendo pequenas mudanças no ambiente de trabalho. E fundamentou ação político-estruturante do serviço através da solicitação de à Diretoria de Modernização da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DMA/SESAB) que readequasse o sistema informatizado de atendimento, para que o campo raça/cor se tornasse de preenchimento obrigatório para conclusão do cadastro.

Faz-se necessário, no âmbito da Policlínica, a realização de outras atividades e a implementação de ações, que visem contribuir para a igualdade racial, sendo sugeridas oficinas de qualificação para as demais categorias profissionais; atividades de educação em saúde com a população atendida, que estimule a autodeclaração, além de inclusão de recortes raciais nos relatórios de gestão da unidade.

Esta é uma experiência positiva da potencialidade da concepção do novo sujeito sanitário a frente da implementação e/ou readequação de políticas públicas de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa, em seus recortes, reitera principais desafios da AAE e também evidencia o aumento na produção de serviços de média e alta complexidade ambulatorial ao longo dos últimos cinco anos. Vale destacar que estratégias estão sendo adotadas na tentativa de superar os referidos desafios e a alternativa de implantar PRS adotada pelo estado da Bahia e outros, tem sido uma dessas estratégias.

Nesse sentido, a análise dos instrumentos de seleção e regimentos internos constataram que o perfil profissional requerido para constituir a equipe gestora das policlínicas considerava um sujeito com múltiplos saberes e habilidades, sendo escolhido o profissional sanitарista, possivelmente motivado pela sua capacidade de transformar práticas e priorizar as necessidades de saúde da população, conforme orienta o campo da Saúde Coletiva.

Ao analisar o processo de trabalho dos sanitарistas no contexto das policlínicas, sob a ótica da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, concluiu-se que eles são importantes articuladores e referências para os demais profissionais. Fator que lhes conferem relevância nesse processo de expansão da AAE na Bahia. Porém, os achados também indicaram a necessidade de redefinição das atribuições desses profissionais, com vistas a superar ou minimizar os desafios evidenciados pelo estudo.

Diante do exposto, espera-se que esta produção possa estimular novos estudos sobre a AAE, nível de atenção tão necessário para a organização da RAS, mas que carece de estudos, seja sobre efetividade, oferta de serviços ou processos de trabalho. É preciso avançar nessa temática, com vistas a produzir informações que auxiliem a tomada de decisão e conformação de políticas públicas.

Além disso, almeja-se ampla divulgação dos resultados para os serviços de saúde, instituições de ensino superior e agentes governamentais, com vistas a contribuir com informações que auxiliem no processo de trabalho do profissional sanitарista, conforme suas reais competências.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, O.M. Ser sanitário: reflexões e criticidades conceituais na contemporaneidade. **Cadernos ESP**, Ceará, 12 (2), p. 128-130, 2018. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/162/155>. Acesso em: 28 nov. 2021.
- ALMEIDA, A.L.C et al. Repercussões da Pandemia de COVID-19 na Prática Assistencial de um Hospital Terciário. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 115, n. 5, p. 862-870. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200436>. Acessado em: 16 jan. 2022.
- ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.
- BAHIA. Secretaria da Saúde da Saúde do Estado da Bahia. **Locais das Policlínicas Regionais**. Salvador. 2021. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/locais-da-policlinicas-regionais/>. Acesso em: 11 dez 2021.
- BAHIA. Secretaria da Saúde da Saúde do Estado da Bahia. **Policlínicas Regionais: Informações para gestores municipais**. Salvador. 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/policlinicas-regionais-informacoes-para-gestores-municipais/>. Acesso em: 10 ago 2021.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Manual de acesso aos serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento das Policlínicas Regionais**. Salvador. 2017. 156 p. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Manual-de-acesso-Policl%C3%ADnicas-outubro2017.pdf>. Acesso em: 17 dez 2021.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. **Rev. Saúde Pública**. Salvador, v. 40, supl. 3, p.124. 2016. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Plano-Estadual-de-Saude_Revista40-Sup3-2016-PES2016-2019.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. **Rev. Saúde Pública**. Salvador, v. 44, supl. 1, p. 184. 2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/10/PES-2020-2023-VERSAO-FINAL.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2021.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Policlínicas Regionais de Saúde contabilizam mais de 2 milhões de atendimentos**. 2021. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2021/07/06/policlinicas-regionais-de-saude-contabilizam-mais-de-2-milhoes-de-atendimentos>. Acesso em: 22 dez. 2022.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Policlínicas Regionais de Saúde**. 2021. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/policlinicasregionais/>. Acesso em: 25 jan. 2022.
- BATISTA, LE; MONTEIRO, RB; MEDEIROS, RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2020.

BEZERRA, A.P.S. *et al.* Quem são os novos sanitaristas e qual o seu papel? **Tempus actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 3, p 57- 62, 2013. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1393/1165>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL, 2018. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 23 ago. 2020.

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). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 22 dez. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde**. 2015a. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdebate/?p=418>. Acesso em: 22 mai. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2011b. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_4.pdf. Acesso em: 17 dez. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 22 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. 2015b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação. **Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/programas/protocolos/Parametros_SUS_2015.pdf. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. 2017b. Disponível

em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 7.805 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 17 dez 2021.

BRITO, G.E.G, MENDES, A.C.G; SANTOS NETO, P.M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, 22(64), 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0672>. Acesso em: 28 nov. 2021.

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pág. 77-93, abril de 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 de set 2020.

CAMPOS, M.R et al. Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 11, p. 01-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148920>. Acesso em 22 jan. 2022.

CECCIM, R.B. **Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva**. 2002. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=593-inovacao-na-preparacao-dos-profissionais-saude-e-a-novidade-da-graduacao-em-saude-coletiva-3&category_slug=formacao-e-capacitacao-rh-165&Itemid=965. Acesso em: 27 jul. 2021.

CECHINEL-PEITER, C *et al.* Continuidade do cuidado em saúde: análise da produção de teses e dissertações brasileiras. **REME - Rev Min Enferm**, 25:e-1387, p. 01-08, 2021. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1387.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2021.

CISVITA. **Regimento Interno do Consórcio Interfederativo de Saúde da Região de Vitória da Conquista e Itapetinga**. 2021. Disponível em: <http://cisvita.dofem.com.br/baixar/10-06-2021/2021.124>. Acesso em: 26 out. 2021.

CONCEIÇÃO, L.A; MARCELLOS, L.N; RACHED, C.D.A. Comunicação organizacional: com ênfase na equipe de saúde. **Saúde em Foco**, n 11, p. 424-430, 2019. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/035_COMUNICA%C3%87%C3%83O-ORGANIZACIONAL-COM-%C3%8ANFASE-NA-EQUIPE-DE-SA%C3%9ADE.pdf. Acesso em: 04 dez. 2021.

COSTA, C.M.M et al. Contribuições da pós-graduação na área da saúde para a formação profissional: relato de experiência. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1471-1481, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400028>. Acesso em: 28 dez. 2021.

CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006.

CUNHA, E.M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, suppl 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>. Acesso em: 28 nov. 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento. **Guia para elaboração de Regimento Interno**. 2015. Disponível em: <https://www.economia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/10/Guia-para-Elabora%C3%A7%C3%A3o-de-Regimento-Interno-2015.pdf>. Acesso em: 26 out. 2021.

DUARTE JUNIOR, D.P. A autodeclaração e as medidas afirmativas para a promoção da igualdade racial no Brasil. **R. Fac. Dir. UFG**, v. 43, p.01-17, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/revfd/article/view/58809/34518>. Acesso em: 23 ago. 2020.

FARIA, H.X; ARAÚJO, M.D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.2, p.429-439, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2010.v19n2/429-439/pt/#ModalArticles>. Acesso em: 05 dez. 2021.

FOGAÇA, N. **“Trabalhador feliz é mais produtivo?” A relação entre bem-estar no trabalho, satisfação no trabalho e desempenho individual no trabalho e o papel dos componentes da estrutura organizacional**. 2014. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/15765>. Acesso em: 04 dez. 2021.

GABARDO, J.M.B. et al. Competências do Gestor em Serviços da Saúde: uma revisão sistemática. **Revista Uningá**, Paraná, v.53, n.1, p.108-112, jul, 2017. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170707_204652.pdf. Acesso em: 05 dez. 2021.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2017. 196 p.

GONÇALVES, J. **Formação do profissional sanitário: caminhos e percalços**. 2015. 89 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/20073>. Acesso em: 24 out. 2021.

GONCALVES, R. B. M. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. Mexico: Siglo Xxi. 1985.

GONÇALVES, R.B. **Prática de Saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo: Cadernos CEFOR, 1992.

GONTIJO, T.L ; CAVALCANTE, R.B; DUARTE, A.G.S; LIMA, P.K.M Funções administrativas na gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, 11(12), p. 4980-4988, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1031972>. Acesso em: 05 dez. 2021.

GUEDES, B.A.P. *et al.* A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2125-2134, jun. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2125.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2020.

IBGE. **Desigualdades Raciais por Cor ou Raça no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 24 set. 2020.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua. Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019**. 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf. Acesso em: 20 jul 2020.

JONES, C.P. Levels of Racism: A Theoretic Framework and a Gardener's Tale. **Am J Public Health**. V. 90, p. 1212–1215, 2000.

LORENA, A.G et al. Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? **Saúde e Sociedade**, vol.25, n.2, p.369-380, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200369&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 dez. 2019.

LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417&lng=en&nrm=is. Acesso em: 05 dez. 2021.

MARANHÃO. **Policlinicas do Governo contabilizam mais de 1,9 milhão de atendimentos, em 16 meses. 2021. Disponível em:** <https://www.ma.gov.br/agenciadenoticias/?p=311589>. Acesso em: 06 out. 2021.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2021. 368 p.

MARTINS, J.S et al. Importância do sanitarista na atenção ambulatorial especializada do sus: relato de ação educativa para preenchimento do quesito raça/cor no cadastramento de usuários de policlínica regional de saúde da Bahia. In: Flávio Aparecido de Almeida. **Políticas Públicas, Educação e Diversidade: Uma Compreensão Científica do Real**. Guarujá, SP: Científica Digital, 2020. p. 614-625.

MERHY, E.E; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E.E et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p. 59-72. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5531196/mod_resource/content/1/Livro%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20compartilhada%20do%20cuidado%20volume%201.pdf#page=61. Acesso em: 04 dez. 2021.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MOUTINHO, L. "Raça", sexualidade e gênero na construção da identidade nacional: uma comparação entre Brasil e África do Sul. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 23, p.55-88, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332004000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 set. 2020.

MUÑOZ, F et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, vol.8 (1/2), p. 126-134, 2000. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf>. Acesso em: 24 set. 2020.

OPAS. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 16 jan. 2021.

OSMO, A; SCHRAIBER, L.B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saude soc.**, São Paulo, v.24, n.1, p. 205-218, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-12902015000500205&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 jan. 2022.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 154p.

PAIM, J.S; SILVA, L.M.V; SCHRAIBER, L.B. O que é Saúde Coletiva? In.: PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. cap. 1. p. 3-12.

PAIM, JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA L et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573.

PAIM. J.S. Da teoria do processo de trabalho em saúde aos modelos de atenção. In: AYRES, J. R.; SANTOS, L. **Saúde, Sociedade e História**. 1 ed. São Paulo – Porto Alegre: Hucitec Editora - Rede Unida, 2017, p. 375 – 392.

PAIVA, R.A. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. **Rev. Med.**, Minas Gerais, v.28, n.5, p. 181-184, 2018. Disponível em: <http://rmmg.org/exportar-pdf/2455/v28s5a28.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2021.

PARADISES, Y.; CUNNINGHAM, J. Development and validation of the Measure of Indigenous Racism Experiences (MIRE). **International Journal for Equity in Health**, v.7, n.9, 2008.

PARISI, L; SILVA, J.M. Mediação de conflitos no SUS como ação política transformadora. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe4, p. 30-42. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S402>. Acesso em: 04 dez. 2021.

PAVIANI, N.M.S; FONTANA N.M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. **Conjectura**, Caxias do Sul, v. 14, n. 2, p. 77-88, 2009. Disponível em:

<http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/download/16/15>. Acesso em: 18 jul. 2020.

PEDROSA, I.C.F; CORRÊA, A.C.P; MANDÚ, E.N.T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, p. 58-65, 2011. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13288/pdf>. Acesso em: 04 dez. 2021.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, mar. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 out. 2020.

PEREIRA, R.S et al. Resolução de conflitos em serviços de saúde e práticas restaurativas: o desafio da gestão. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. 01-08, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5620/3481>. Acesso em: 04 dez. 2021.

PINTO, I.C.M et al. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2013, v. 18, n. 6, p. 1525-1534, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600002>. Acesso em: 12 dez. 2021.

PINTO, I.C.M. *et al.* Níveis de atenção, produção de serviços e cobertura do SUS. In.: PAIM, J.S. **Sistema Único de Saúde: tudo que você precisa saber**. Brasil: Atheneu, 2019. p. 189-218.

POERSCH, L.G; ROCHA, C.M.F. **A inovação da saúde coletiva na atenção Terciária: um relato de experiência**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/152756>. Acesso em: 05 dez. 2021.

QUERINO, R.A; SILVA, L.C.C.M; ASSUNÇÃO, L.M. **Aprendizados em Saúde Coletiva: contribuições da rede**. In: Congresso internacional Trabalho Docente e Processos Educativos, 3., Minas Gerais, 2015. Disponível em: <https://www.uniube.br/eventos/epeduc/2015/completos/50.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2021.

RIBEIRO, D. **Pequeno Manual Antirracista**. 1 ed. São Paulo: Companhia das letras, 2019.

ROMANO, C.M.C; SCATENA, J.H.G. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. **Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro**, v. 48, n. 2, p. 439-458, abr. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000200008. Acesso em: 22 mai. 2020.

RUELA, H.C.G. **A formação de sanitaristas e os cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil**. 2013. 134 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8602/4/Helifrancis_Ruela_EPSJV_Mestrado_2013.pdf. Acesso em: 24 out. 2021.

- SANTANA, P.R. Bacharelado em Saúde Coletiva: Preenchendo Lacunas e Formando Competências para o SUS. **Tempus actas de Saúde Coletiva**, Brasília, p 43-55, 2013. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1392/1164>. Acesso em: 27 dez. 2021.
- SANTOS, L; PINTO, I.C.M. Práticas de Saúde e Formação de Profissionais: os Desafios Contemporâneos e as Contribuições da Obra de Ricardo Bruno. In: AYRES, J. R.; SANTOS, L. **Saúde, Sociedade e História**. 1 ed. São Paulo – Porto Alegre: Hucitec Editora - Rede Unida, 2017, p. 427-439.
- SILVA, V.O et al. Trabalho e educação na saúde: análise da produção científica brasileira entre 2011 e 2014. **Saúde em Debate**. 2017, v. 41, spe 3, p. 296-315 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S323>. Acesso em 12 dez. 2021.
- SILVA, V.O; PINTO, I.S.M. Identidade do sanitarista no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva. **Interface**, Botucatu, vol.22, n.65, p.539-550, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200539&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 27 dez. 2021.
- SOLLA, J.J.S.P; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 547-576.
- SOLLA, J.J.S.P; PAIM, J.S. Relações entre atenção básica, média e alta complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In.: PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 343-352.
- TESSER, C.D; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300941&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mai. 2020.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa seguirá os critérios da ética em pesquisa com seres humanos conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Participante: _____
 Documento de Identidade nº: _____ Sexo: F () M () Outros _____
 Data de Nascimento: / / _____
 Endereço: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
 Telefone: () _____ - _____ () _____ - _____

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

1. **TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** O Sanitarista na Atenção Ambulatorial Especializada: Processo de Trabalho no cenário de Policlínicas Regionais de Saúde
2. **PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Thadeu Borges Souza Santos, Professor Adjunto do Curso de Enfermagem do Departamento de Ciências da Vida, da Universidade do Estado da Bahia.
3. **PESQUISADORA DISCENTE:** Juliete Sales Martins, Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Departamento de Ciências da Vida, da Universidade do Estado da Bahia

III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: O Sanitarista na Atenção Ambulatorial Especializada: Processo de Trabalho no cenário de Policlínicas Regionais de Saúde, de responsabilidade da pesquisadora Juliete Sales Martins, discente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, vinculado ao Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia, que tem como objetivo analisar o processo de trabalho do sanitário para gestão de Policlínicas Regionais de Saúde do estado da Bahia.

A realização desta pesquisa trará ou poderá trazer benefícios para os profissionais sanitários, que poderão ser favorecidos com resultados que nortearão suas práticas

cotidianas, reduzindo assim, as insatisfações e incertezas no processo de trabalho. Por conseguinte, contribuirá para a prestação de um serviço de qualidade nas Policlínicas Regionais, regulados por evidências científicas. Além disso, essa produção científica poderá amenizar as lacunas do conhecimento sobre a temática da atuação do sanitarista na Atenção Ambulatorial Especializada, e inspirar outras pesquisas sobre a mesma.

Caso aceite, o Senhor(a) será entrevistado (a) e essa entrevista será realizada e gravada via plataforma de comunicação Microsoft Teams, pela pesquisadora responsável Juliete Sales Martins. Devido a coleta de informações, o senhor poderá se sentir desconfortável ou constrangido com alguma pergunta. Assim, a entrevista poderá ser suspensa imediatamente, caso exista qualquer risco de dano à expressão livre da sua opinião ou integridade física e mental.

Sua participação é voluntária e não haverá nenhum gasto ou remuneração resultante dela. Garantimos que sua identidade será tratada com sigilo e, portanto, o Senhor (a) não será identificado. Caso queira (a) senhor(a) poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Quaisquer dúvidas que o (a) senhor(a) apresentar serão esclarecidas pela pesquisadora, e caso queira poderá entrar em contato também com o Comitê de ética da Universidade do Estado da Bahia.

Esclareço ainda que de acordo com as leis brasileira o Senhor (a) tem direito a indenização caso seja prejudicado por esta pesquisa. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

IV. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:

Nome: Thadeu Borges Souza Santos

Endereço: Rua Almirante Ernesto Melo Jr, nº 106, Pituba, Salvador, Bahia.

Telefone: (71) 988360824

E-mail: thadeu100@gmail.com

PESQUISADORA DISCENTE:

Nome: Juliete Sales Martins

Endereço: Rua Pedro Bittencourt Ferraz, nº 118, Felícia, Ed. Joaquim Bento, apt. 301. Vitória da Conquista, Bahia.

Telefone: (71) 98248-2626

E-mail: ju.lysa.martins@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa- CEP/UNEB

Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 2º andar, sala 23,
Água de Meninos, Salvador- BA. CEP: 40460-120. Tel.: (71) 3312-3420, (71) 3312-5057,
(71) 3312-3393 ramal 250, e-mail: cepuneb@uneb.br

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP- End:

SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte
CEP: 70719-040, Brasília-DF

V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Após ter sido devidamente esclarecido pela pesquisadora sobre os objetivos, benefícios e riscos da minha participação na pesquisa O Sanitarista na Atenção Ambulatorial Especializada: Processo de Trabalho no cenário de Policlínicas Regionais de Saúde, e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar sob livre e espontânea vontade. Como voluntário (a) consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja realizada e assinarei este documento em duas vias sendo uma destinada ao pesquisador e outra a mim.

_____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Thadeu Borges Souza Santos
Pesquisador Responsável/ Orientador

Juliete Sales Martins
Mestranda do MEPISCO

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA



ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: O Sanitarista na Atenção Ambulatorial Especializada: Processo de Trabalho no cenário de Policlínicas Regionais de Saúde

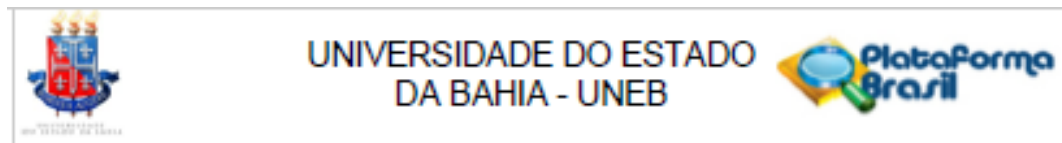
População: Sanitaristas das Policlínicas Regionais de Saúde da Bahia.

1. Caracterização do (a) participante	
Iniciais do nome:	Código do (a) participante:
Graduação:	
Formação Sanitarista (tipo):	
Idade:	Raça autodeclarada: () branca () parda () preta () indígena () amarela
Gênero: () masculino () feminino () Outros	
Função que ocupa na instituição cenário da pesquisa:	
Tempo que atua na função:	
2. Questões orientadoras da entrevista	
00 – Trajetória na formação	Sobre sua trajetória na formação e função de sanitарista, gostaria que relatasse como e quando ingressou.
01 – Agente	Para você, que lugar ocupa o (a) sanitарista (a) na gestão das Policlínicas Regionais de Saúde?
02 – Finalidade do trabalho	A inclusão do (a) sanitарista (a) na gestão das Policlínicas Regionais de Saúde certamente possui uma finalidade Na sua concepção, que finalidade (ou objetivo) se pretende alcançar com o trabalho do (a) sanitарista (a)?
03 – Objeto do trabalho O que sofre a ação do agente.	No seu entendimento, qual objeto de atuação do (a) sanitарista (a) na gestão das Policlínicas Regionais de Saúde?
04 - Atividades do sujeito O que compete, ações a serem desenvolvidas pelo do (a) sanitарista (a) no cenário da pesquisa.	Na sua concepção, quais são as atribuições do (a) sanitарista (a) na gestão das Policlínicas Regionais de Saúde? Quais são as atribuições que você realiza na Policlínica Regional de Saúde? Na sua concepção, o que faz parte das suas atribuições, mas não realiza? Gostaria de realizar? Quais atribuições você desempenha, mas não considera da sua competência?
05 – Instrumentos utilizados Recursos materiais e não materiais.	Um profissional, para desenvolver seu trabalho, precisa dispor de diversos recursos ou ferramentas. Na sua atuação, quais os instrumentos que considera necessários para desenvolver seu processo de trabalho, considerando recursos materiais (equipamentos, materiais, estrutura, recursos) e não materiais (competências, saberes técnicos, habilidades e atitudes)?
06 – Potencialidades e desafios	Todo processo de trabalho, individual ou coletivo, é permeado por potencialidades que colaboram para o desenvolvimento das ações. Mas também, desafios interferem e comprometem o alcance dos objetivos. A partir da sua experiência, quais potencialidades e desafios no processo de

	trabalho do (a) sanitaria (a) na gestão das Policlínicas Regionais de Saúde?
07 - Qualificação do processo de trabalho	Diante da sua visão, quais elementos/recursos são relevantes para qualificar o seu processo de trabalho? Atualmente existe algum movimento para essa qualificação?
08 – Análise pessoal da experiência (o lugar de fala do agente)	Para você qual a importância do (a) sanitaria (a) na Atenção Ambulatorial Especializada?

Fonte: Elaboração própria da autora

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O SANITARISTA NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: PROCESSO DE TRABALHO NO CENÁRIO DE POLICLINICAS REGIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador: Juliete Sales Martins

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45857121.5.0000.0057

Instituição Proponente: Departamento de Ciências da Vida

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.715.828

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo vinculada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia. Será realizada com sanitaristas em serviço nas Policlínicas. A coleta de dados se dará de forma virtual.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de trabalho do sanitarista para gestão de Policlínicas Regionais de Saúde, do estado da Bahia.

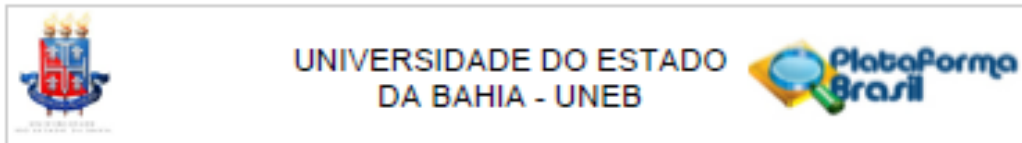
Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil do profissional sanitarista das Policlínicas Regionais de Saúde, do estado da Bahia;
- Identificar os elementos do processo de trabalho do sanitarista em Policlínicas Regionais de Saúde, do estado da Bahia;
- Descrever as atividades realizadas pelos sanitaristas, conhecendo as potencialidades e desafios para gestão de Policlínicas Regionais de Saúde, do estado da Bahia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios Informados conforme orienta a Resolução nº 466/12.

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula **CEP:** 41.195-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-2399 **Fax:** (71)3117-2399 **E-mail:** cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 4.715.828

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível.

A metodologia proposta bem como os critérios de inclusão e exclusão e cronograma são compatíveis com os objetivos propostos no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Dentro dos aspectos éticos:

1. Termo de autorização da Instituição proponente: Em conformidade
2. Termo de autorização da Instituição co participante: Em conformidade
3. Termo de confidencialidade: Em conformidade
4. Declaração de concordância com o estudo: Em conformidade
5. Termo de compromisso do pesquisador: Em conformidade
6. Folia de rosto: Em conformidade
7. TCLE: Apresentado dentro da eticidade
8. Termo de assentimento do menor: Dispensado por não haver pesquisa com menores
9. Termo de Concessão: Dispensado por não haver coleta de dados em arquivos.

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555	CEP: 41.195-001
Bairro: Cebule	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3117-2399	Fax: (71)3117-2399
	E-mail: cepuneb@uneb.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB



Continuação do Parecer: 4.715.028

princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1728348.pdf	20/04/2021 21:27:52		Aceito
Outros	Cartas_de_anuência.pdf	20/04/2021 21:26:37	Juliete Sales Martins	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_confidencialidade.pdf	20/04/2021 21:26:12	Juliete Sales Martins	Aceito
Declaração de concordância	declaracao_de_concordancia.pdf	20/04/2021 21:24:41	Juliete Sales Martins	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	14/04/2021 20:47:58	Juliete Sales Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	14/04/2021 20:47:42	Juliete Sales Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/04/2021 18:37:30	Juliete Sales Martins	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_do_pesquisador.pdf	11/04/2021 18:28:03	Juliete Sales Martins	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	11/04/2021 18:26:38	Juliete Sales Martins	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	11/04/2021 18:21:15	Juliete Sales Martins	Aceito

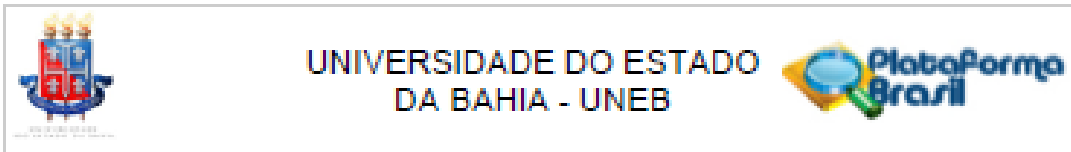
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
 Bairro: Cabula CEP: 41.195-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3117-2399 Fax: (71)3117-2399 E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Processo: 4.715.020

SALVADOR, 17 de Maio de 2021

Assinado por:
Aderval Nascimento Brito
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula CEP: 41.105-001
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3117-2300 Fax: (71)3117-2300 E-mail: cepuneb@uneb.br