



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

REBEKA RAFAELLA SARAIVA CARVALHO

**PESQUISAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE: OLHAR
AVALIATIVO SOBRE A APLICABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**FORTALEZA-CEARÁ
2015**

REBEKA RAFAELLA SARAIVA CARVALHO

**PESQUISAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE: OLHAR
AVALIATIVO SOBRE A APLICABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará – UECE, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Orientadora:

Profa. Dra. Maria Salete Bessa
Jorge

Co-orientador:

Prof. Dr. Mauro Serapioni

Linha de Pesquisa:

Políticas, Gestão e Avaliação em
Saúde

FORTALEZA-CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Carvalho, Rebeka Rafaella Saraiva Carvalho.

Pesquisas de acesso aos serviços e ações de saúde: olhar avaliativo sobre a aplicabilidade na Atenção Primária [recurso eletrônico] / Rebeka Rafaella Saraiva Carvalho Carvalho. - 2015.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 100 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015.

Orientação: Prof.^a Ph.D. Maria Salete Bessa Jorge.

Coorientação: Prof. Ph.D. Mauro Serapioni.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Atenção primária à saúde; . 3. Pesquisa.. I. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

Centro de Ciências da Saúde – CCS

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC

Av. Silas Munguba, nº 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60740-000 – Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil / Fone: (85) 3101-9826

Rebeka Rafaella Saraiva Carvalho

“PESQUISAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE: olhar avaliativo
sobre a aplicabilidade na Atenção Primária”

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do
Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva do Centro de Ciências da Saúde
da Universidade Estadual do Ceará, como
requisito parcial à obtenção do título de
mestre em Saúde Coletiva. Área de
concentração: Situação de Saúde da
População

Aprovada em: 18 de dezembro de 2015

BANCA EXAMINADORA:

Maria Salete Bessa Jorge

Profª Drª Maria Salete Bessa Jorge - Orientadora

Mauro Serapioni

Profº Drº Mauro Serapioni - 1º membro

Mardênia Vasconcelos

Profª Drª Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos - 2º membro

Av. Silas Munguba, nº 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60740-000 – Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil Fone: (85) 3101-9826

A Deus, pai sábio e carinhoso, que me fez confiar e acreditar que eu seria capaz.

À minha mãe, Fátima, pelas palavras nem sempre ditas, mas pelo amor incondicional que recebi por toda a vida.

À Emília Cristina pelas conversas bobas e por me ajudar a resgatar a leveza da vida encoberta pela fina poeira do cotidiano.

À Mairla Alencar pela amizade sincera, por enxugar minhas lágrimas, que não foram poucas e por confiar no meu potencial.

Aos professores do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva e aos colegas em especial à Raquel Carvalho, Suelen Pontes e Irialda Sabóia pela alegria e afeto compartilhados.

A todos que contribuíram indiretamente na minha formação científica.

AGRADECIMENTOS

À professora Salete Bessa pelas oportunidades que desencadearam meu amadurecimento acadêmico e também pessoal.

Ao professor Mauro Serapioni pelo direcionamento, orientação e compreensão.

À Jamine Borges pela amizade, companheirismo, riso solto e pela preciosa colaboração na produção deste trabalho.

A todos os amigos do Grupo de Pesquisa, em especial à Tatiana Ribeiro, Indara Cavalcante e à Milena Lima pelas discussões construtivas.

A todos os participantes da pesquisa, pela disponibilidade, confiança e pelas construções compartilhadas.

*“É hora de recomeçar tudo de novo,
sem ilusão e sem pressa, mas com a
teimosia do inseto que busca um
caminho no terremoto”.*

(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

Em todo o mundo, é amplamente reconhecida a contribuição da investigação científica para a garantia do acesso universal à saúde. No entanto, a despeito de todo conhecimento produzido, persiste a problemática do descompasso entre a produção científica e sua incorporação à prática. Emergiu assim, o interesse em lançar um olhar analisador sobre o conhecimento produzido sobre acesso aos serviços e ações de saúde e como este tem repercutido na prática da Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza. Assim, foi incluído neste processo investigativo um assessor técnico do NUCIT, um assessor técnico da COGETS, seis técnicos da educação permanente das regionais de saúde, uma articuladora regional da célula de APS, quatro gerentes dos CSF e dois profissionais da ESF. Os resultados do estudo revelam a persistência de barreiras ao acesso. As pesquisas apontam que estratégias vem sendo desenvolvidas para esse enfrentamento, porém, de modo geral, não há a percepção dos colaboradores do estudo acerca das contribuições das investigações científicas para isso. Tal fato pode estar relacionado à inexistência de um fluxo para as pesquisas no município e de ações sistemáticas para a sua utilização na prática. Além da frágil comunicação entre Estado e Município para este fim. Conclui-se, que a pesquisa no município persiste como um campo de disputas, de convergências e divergências, portanto, como espaço de conflitos entre distintos interesses, efetivando-se lentamente. Para avançar, faz-se necessário ainda o fortalecimento do papel da pesquisa na resolutividade dos problemas de saúde, como prática de interesse recíproco e de solidariedade, o que depende de significativas mudanças institucionais, culturais e sociais.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa.

ABSTRACT

Worldwide, it is widely recognized the contribution of scientific research to guarantee universal access to health. However, in spite of all knowledge produced, there remains the problem of the mismatch between scientific output and its merger into practice. Thus emerged, the interest in releasing a look analyzer on the knowledge produced about access to health services and actions and how this is reflected in the practice of the primary health care in the city of Fortaleza. So it was included in this investigative process a technical advisor to the NUCIT, a technical advisor to the COGETS six technicians continuing education of health regional, regional articulator of the APS cell, four of the CSF managers and two of the ESF professionals. The study results reveal the persistence of barriers to access. Research indicates that strategies have been developed for this confrontation, but in general, there is the perception of the study staff about the contributions of scientific research to it. This may be related to the absence of a stream to the polls in the municipality and systematic actions for its use in practice. In addition to the weak communication between state and municipality for this purpose. It follows that research in the city remains a battleground of convergence and divergence, therefore, as an area of conflict between different interests, is effecting slowly. To move forward, still need to make the strengthening of the role of research in solving health problems, as a practice of mutual interest and solidarity, which depends on significant institutional, cultural and social changes.

Descriptors: Access to health services; Primary Health Care; Investigación.

LISTA DE SIGLAS

ABS	-	Atenção Básica à Saúde
APS	-	Atenção Primária à Saúde
CE	-	Ceará
CSF	-	Centros de Saúde da Família
CONEP	-	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CMS	-	Conselho Municipal de Saúde
CAPES	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
COGETS	-	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
CORES	-	Coordenadoria Regional de Saúde
DeCS	-	Descritor em Ciências da Saúde
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
FUNCAP	-	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GRUPSFE	-	Grupo de Pesquisa Saúde mental, Família, práticas de saúde e Enfermagem
MS	-	Ministério da Saúde
NUCIT	-	Núcleo de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde da Secretaria da Saúde do Estado
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PNCTIS	-	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	-	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PPSUS	- Programa Pesquisa para o SUS
PSF	- Programa Saúde da Família
RSB	- Reforma Sanitária Brasileira
SESA	- Secretaria Estadual de Saúde do Ceará
SER	- Secretaria Executiva Regional
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SMSE	- Sistema Municipal Saúde Escola
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE	- Universidade Estadual do Ceará

LISTA ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Modelo teórico: acesso universal com qualidade aos serviços de saúde -----	25
Figura 2	- Regionais de Fortaleza -----	33
Figura 3	- Representação do percurso da aprovação à utilização das pesquisas -----	35
Figura 4	- Fluxograma relacionado ao processo de seleção dos artigos -----	41
Figura 5	- Distribuição das pesquisas conforme os Estados que serviram de cenário ao processo investigativo -----	47
	-	
Figura 6	- Representação do fluxo das pesquisas em saúde no Estado e seus nós críticos -----	70
Figura 7	- Representação do fluxo das pesquisas em saúde no Município -----	82
Quadro 1	- Descrição dos grupos de representação para o estudo	36
Quadro 2	- Caracterização do grupo 1 -----	37
Quadro 3	- Caracterização do grupo 2 -----	38
Quadro 4	- Caracterização do grupo 3 -----	38
Tabela 1	- Descrição dos artigos segundo referência, objetivo, periódico, qualis e local do estudo -----	48

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO.....	13
1.2	OBJETO DE ESTUDO E SUAS INTERFACES	14
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	GERAL	19
2.2	ESPECÍFICOS	19
3	MARCO TEÓRICO- CONCEITUAL.....	20
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA ARTICULAÇÃO COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONCEITOS, ABORDAGENS E CAMINHOS PARA GARANTIA DO ACESSO UNIVERSAL.....	20
3.2	AVALIAÇÃO: HISTÓRIA E PERSPECTIVAS TEÓRICAS E PRÁTICAS.....	26
4	MÉTODO	31
4.1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-CONCEITUAL DO MÉTODO.....	32
4.2	CAMINHO INVESTIGATIVO	33
4.2.1	Campo empírico da pesquisa.....	33
4.2.2	Caracterização dos cenários	33
4.2.3	Colaboradores da pesquisa	35
4.2.4	Técnicas e passos para a coleta das informações.....	39
4.2.5	Plano de Análise e Interpretação dos achados	43
4.2.6	Aspectos éticos e legais	44
5	RESULTADOS	46
5.1	ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL.....	46
5.2	FLUXO DAS PESQUISAS EM SAÚDE: AVANÇOS E DESAFIOS PARA APLICABILIDADE NO COTIDIANO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	61
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICES	92
	ANEXO.....	98

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO

A iniciativa em trabalhar a produção científica na saúde e sua aplicabilidade é atravessada por inúmeros questionamentos quanto à própria função social dos intelectuais. Tal inquietação advém da percepção particular de pouco compromisso do pesquisador e da universidade em converter o “concreto pensado” em ações transformadoras da prática.

Durante o curso de graduação em Enfermagem na Universidade Estadual do Ceará (UECE), a participação em grupos de pesquisa oportunizou adentrar no universo do saber científico e refletir sobre a responsabilidade do pesquisador com a realidade.

Ao tempo da atuação profissional, as vivências enquanto gestora do Programa de Atenção à Saúde da Mulher da Secretaria Executiva Regional (SER) V do município de Fortaleza revelaram fragilidades na articulação entre profissionais de saúde, usuários e pesquisadores no sentido de construir e compartilhar coletivamente conhecimentos para transformação da prática.

Desses constructos, em um tempo de intenso amadurecimento teórico, irrompeu o interesse em avaliar se as investigações científicas possuíam eco nas realidades sociais investigadas; questão pertinente frente à proposta atual do projeto de pesquisa do grupo “Saúde mental, família, práticas de saúde e enfermagem” – GRUPSFE, intitulado: Avaliação das pesquisas em Saúde e Enfermagem: Olhares plurais sobre a contribuição para as Políticas, Organização dos serviços e Assistência na interface com Produção do Cuidado na Atenção Primária.

A participação no GRUPSFE, a fim de favorecer a complementaridade e a integração das missões de ensino, pesquisa e cuidados em saúde, oportunizou encontros de diálogos sobre temáticas variadas em saúde coletiva e pesquisa despertando criticidade e criatividade para a formulação de novas concepções, perspectivas teóricas e metodológicas e formas de pensar o cuidado. Desses encontros, afinidades foram tecidas com Atenção Primária à Saúde (APS).

Emergiu, assim, como recorte do projeto de pesquisa supracitado, o interesse em lançar um olhar analisador sobre as contribuições ou não das

pesquisas que tomaram como objeto o acesso aos serviços de saúde na APS para os cenários investigados. Tal feito ocorre e se constitui formalmente na presente investigação.

1.2 O OBJETO E SUAS INTERFACES

A tarefa de compreender e melhorar a realidade, sempre foi uma preocupação humana. Nesse processo de busca, a ciência manifestou-se como uma das formas de expressão, tomando a pesquisa como sua atividade básica.

Inserida como atitude cotidiana, a investigação científica, a partir de um diálogo crítico e criativo com a realidade, culmina na elaboração própria e na capacidade de intervenção (DEMO, 1996), permitindo que teoria e prática se alimentem reciprocamente, o que é particularmente importante na área da saúde.

Entende-se a pesquisa como fenômeno dinâmico de questionamento e aprofundamento frente aos desafios que se impõem diariamente na perspectiva de enfrentá-los ou, no mínimo, administrá-los; podendo contribuir para o aprimoramento das atividades, políticas e desempenho do sistema de saúde e a melhoria individual e populacional. Concorre assim, na elaboração e construção social da saúde e de uma sociedade democrática.

Em todo o mundo, é amplamente reconhecida a contribuição da pesquisa em saúde para o desenvolvimento humano, assim como é crescente a conscientização do papel central da saúde, da ciência e da tecnologia como requisitos para o desenvolvimento econômico e social, e não apenas como suas consequências (MOREL, 2004).

O argumento em favor do investimento em investigações científicas vem da demonstração de que elas realmente produzem resultados que podem ser traduzidos em serviços de saúde acessíveis e financeiramente viáveis, que beneficiam a saúde (OMS, 2013).

No Brasil, em um contexto em que há a necessidade de se prover qualidade mantendo os custos em níveis suportáveis para a sociedade, é cada vez mais valorizada a adoção de práticas e políticas baseadas em evidências (SANTOS *et al.*, 2010).

Esse incentivo advém ainda, da capacidade que as pesquisas têm de propiciar cuidado condizente com as necessidades de saúde e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), prática profissional ampla e eficiente, pautada em conhecimento seguro, flexível e sedimentado, que enobrecem profissionais e usuários e propicia assistência plena e garantida à população (REIS, 2005).

Para tanto, houve um significativo esforço nacional, nós últimos anos, de construção de um sistema de ciência e tecnologia para a saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2012). Editais universais e o Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), por exemplo, têm sido agendas de pesquisa com vistas à superação das desigualdades regionais em ciência e tecnologia em saúde, atendendo as exigências da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), que tem como ponto central contribuir para o desenvolvimento nacional sustentável e para a produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas sociais, culturais e políticas do país (BRASIL, 2008).

Como resultado, estão crescendo a produção, a disseminação e a transferência de conhecimento científico (GUIMARÃES *et al.*, 2012). Não obstante, persiste a problemática do descompasso entre a produção científica e sua incorporação à prática, tendo em vista que vários resultados da investigação não levam de fato a mudanças ou melhorias nos sistemas de saúde (MOREL, 2004; SANTOS *et al.*, 2010). Assim, permanece o desafio em traduzir, comunicar e promover a utilização de pesquisas que subsidiem a formulação de políticas, estratégias e práticas de saúde.

É preciso ter em mente, entretanto, que a tradução da pesquisa em ações de saúde é um processo complexo, árduo, dispendioso, e algumas vezes extremamente demorado, mediado por processos políticos, culturais e sociais, em que as expectativas dos autores são limitadas e influenciadas por outros agentes, e em interação com o contexto social mais amplo (DANTAS, 2004).

Elencam-se como obstáculos ao uso de conhecimento científico para a formulação de políticas a falta de transparência e socialização a toda comunidade, além de complementaridade e integração entre os que produzem e os que utilizam esses resultados. Acrescenta-se a este contexto, a

inexistência da tradição em nosso meio, na implementação de metodologias que avaliem as consequências socioeconômicas da produção científica (DANTAS, 2004).

Buscando superar tais limites, estudiosos propõem a ampla disseminação dos conhecimentos produzidos, de modo a torná-los verdadeiros bens públicos globais, a identificação do canal de comunicação capaz de chamar a atenção do formulador de políticas para as pesquisas e a ampliação da capacidade receptiva destes por meio de treinamentos e da intermediação de agentes com inserção dupla na academia e na política (PANG *et al.*, 2003; SOUZA; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Patton (1988) sugere, ainda, que os pesquisadores estabeleçam boas parcerias com os formuladores de políticas, desde as etapas iniciais da pesquisa, de modo a assegurar que as questões de maior interesse sejam levantadas, que enfatizem em seus estudos variáveis que possam ser controladas por estes e por último, estabeleçam recomendações explícitas.

Mediante estas provocações, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em publicação recente reforçou a necessidade de se avaliar sistematicamente os pontos fortes e fracos da pesquisa em saúde e estabelecer, em caso de investimento público mecanismos para debate de prioridades, desenvolvimento de capacidade de realização, estabelecimento de padrões e transformação dos resultados em políticas e práticas para garantia do acesso universal à saúde (OMS, 2013).

Levando em consideração que mais de um terço da população mundial ainda vive em condições intoleráveis de pobreza, com pouco ou nenhum acesso aos serviços e aos medicamentos mais básicos (GRECO, 2013), para que o progresso científico acompanhe o progresso moral, é necessário que os padrões dos serviços de saúde melhorem e os investimentos sejam direcionados, preferencialmente, ao desenvolvimento de estudos éticos e relevantes às prioridades locais, visando à melhoria da saúde pública.

No Brasil, passados duas décadas da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), defendida e incentivada como modelo de organização dos serviços de APS, orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação

social é evidente a expansão do acesso ao cuidado (SILVA et al., 2013; SOUSA, 2008).

Entretanto, há muitos problemas que precisam ser manejados, particularmente referidos a equidade do acesso, resolutividade, qualidade da atenção e integralidade, tendo em vista ainda existir na prática um acesso seletivo, focalizado e excludente em várias regiões e serviços vinculados ao SUS (ASSIS; JESUS, 2012).

Logo, fica clara a compreensão de que acesso ultrapassa o “ato de ingressar”, como defini o dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2006, p. 53-67), mas representa a bandeira de lutas dos movimentos sociais, caracterizando-se como direito de cidadania que transversaliza os princípios e diretrizes de universalidade, igualdade, integralidade, participação da comunidade e descentralização político-administrativa.

Urge, assim, o desafio em refletir estratégias que diminuam a distância entre o que produz conhecimento e aquele que o aplica para que não haja o risco de se desenhar políticas que parecem ser sensatas e simples, mas que na prática não conseguem atingir os resultados previstos.

Para isso, faz-se necessário que pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários, enquanto atores das práticas de saúde questionem as finalidades da pesquisa e, em conjunto, criem espaços, proponham estratégias e aloquem recursos para o uso de seus resultados (CASTILHOS, 2000).

Deste modo, a atual proposta avaliativa propôs-se em desvendar a partir da ótica desses agentes, as tramas envolvidas na utilização das pesquisas e assim, pensar em meios para garantir sua efetividade.

Parte-se do pressuposto de que a pesquisa em saúde deve fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas com vistas às transformações dos modelos de atenção, fortalecimento da APS e consolidação do SUS.

A partir das considerações aqui apresentadas, o estudo norteou-se pelos seguintes questionamentos:

- Como ocorre o fluxo das pesquisas no Estado e no município? Esse fluxo contribui ou não para a aplicabilidade dos resultados alcançados?

- Como o conhecimento produzido pelas pesquisas sobre acesso à atenção à saúde repercute na prática cotidiana da APS?
- Os gestores e profissionais de saúde utilizam resultados de pesquisa para basear suas decisões e para a garantia do acesso aos serviços?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar como o conhecimento produzido sobre acesso aos serviços e ações de saúde tem repercutido na prática da Atenção Primária à Saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- Analisar como a produção científica nacional aborda a temática do acesso em saúde;
- Discutir pontos críticos e potencialidades na aplicabilidade dos resultados das pesquisas de acesso em saúde no cotidiano da atenção primária.

3 MARCO TEÓRICO – CONCEITUAL

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA ARTICULAÇÃO COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONCEITOS, ABORDAGENS E CAMINHOS PARA GARANTIA DO ACESSO UNIVERSAL

As discussões acerca desse tema foram anunciadas ainda sob o calor das cinzas da grande calamidade que foi a Segunda Guerra Mundial. A criação da Organização das Nações Unidas (ONU), da OMS e a Declaração Universal dos Direitos Humanos representaram sinais importantes de uma vontade coletiva de renúncia à barbárie e a busca de padrões de convivência e coesão social em que o uso da força pudesse ser minimizado (NORONHA, 2013).

Em meio a esse ambiente de tensões, em função do reconhecimento da insustentabilidade das mazelas sociais frente à expansão econômica, surgiu, na Europa, uma proposta de intervencionismo do Estado com base na noção de direitos sociais, implicando lutas pelo uso de bens e serviços, reconhecidos como direitos no âmbito da cidadania (PAIM, 2013).

Inspirados nessa lógica de justiça social emergiram em todo o mundo, importantes movimentos sociais, sobretudo, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), cujo projeto fundou-se sobre uma conjuntura de crise: “crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população e crise do sistema de prestação de serviços de saúde” (FLEURY, 2009).

Dentre as suas propostas estava a de reconfiguração dos modelos de atenção à saúde até então vigentes que se baseavam em noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e a reordenação da lógica de produção de serviços de saúde, por meio de mecanismos mais solidários e redistributivos. Introduziu, assim, a questão da equidade e da justiça tanto no gozo da saúde, quanto no acesso às ações e serviços.

Tais ideários foram incorporados ao texto constitucional de 1988, resultando na criação do SUS, pautado nos princípios e diretrizes de universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade, cujo principal provedor deveria ser o Estado (BRASIL, 1988).

Os anos posteriores à sua legalização, no entanto, foram marcados pelo esfriamento do movimento institucional, do debate e das lutas pela garantia do acesso ao cuidado (TESSER; NORMAN, 2014), frente a um contexto de reversão do ciclo econômico, retomada das orientações liberais e consequente rediscussão do papel do Estado, que se traduzia em propostas de novos modelos de políticas de saúde regidos por uma agenda restritiva, na qual os princípios de eficácia, efetividade e economia nos gastos públicos sobrepõem-se à universalização e equidade.

Em meio a estes retrocessos algumas garantias foram alcançadas como a aprovação no ano de 1990 das Leis nº 8.080 e 8.142, que entre outras questões, deliberavam sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e a participação da comunidade (BRASIL, 1990).

A partir de então, as discussões acerca das medidas e estratégias que deveriam ser adotadas, a fim de proporcionarem um nível de saúde para todos passaram a ser retomadas, tendo por inspiração a Declaração de Alma Ata (OMS, 1978), a qual preconizava uma nova abordagem na organização e racionalização dos recursos disponíveis por meio da APS, considerada portadora de cuidados essenciais que deveriam ser garantidos a todos dentro de uma lógica de prevenção, reabilitação e articulação com os demais níveis de atenção, representando a 'porta de entrada' capaz de garantir o acesso e a utilização dos serviços demandados, o mais próximo possível das comunidades.

Nesse sentido, deveria desenvolver-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios bem delimitados; utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância (SOUSA; HAMANN, 2009).

Esse modelo de atenção passou então a ocupar lugar de destaque no debate da reforma do SUS, particularmente no que se refere à equidade e ao acesso universal, culminando na implantação, inicialmente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e dois anos depois, a partir das experiências acumuladas, no Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente renomeado Estratégia Saúde da Família (ESF).

Passado mais de duas décadas de SUS é consenso que a adoção da ESF como eixo reestruturador e expensor da APS contribuiu para ampliação do acesso ao cuidado (TEIXEIRA; SOLLA, 2005; SOUSA, 2008; SILVA *et al.*,2013;), mas há também relativa concordância quanto a sua precariedade, em decorrência, entre outras questões, da ausência de articulação em redes integradas, do excesso de demanda, do modelo biomédico hegemônico, da ausência de capacitação, bem como de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde (MITRE *et al.*, 2012).

Sanchez e Ciconelli (2012) concordam que tais limitações precisam ser confrontadas por meio de políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação.

Todavia, enquanto estas ações intersetoriais e transversais a todas as áreas de governo ainda constituem-se como utópicas, o acolhimento, uma medida ao nível de atuação dos sistemas de saúde, foi implementada na perspectiva de ampliar o acesso e concretizar o objetivo da APS/ESF de ser a principal 'porta de entrada' do SUS, além de promover o resgate ético da melhoria da relação profissional-usuário (MITRE *et al.*, 2012).

Nesse sentido, fica clara a natureza abrangente do acolhimento, entendido como postura assumida pelos profissionais, como técnica capaz de gerar procedimentos organizados e como princípio orientador revelando um projeto institucional (BARBOSA *et al.*, 2013).

Na prática, no entanto, o que ocorre corriqueiramente é uma simplificação do acolhimento como uma triagem de urgências que acaba por viabilizar acesso a um cuidado pontual, sacrificando-se a longitudinalidade e, com isso, a qualidade (TESSER; NORMAM, 2014).

A partir do que foi discutido, compreende-se tratar-se de um conceito "complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde" (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Varia entre diversos estudiosos, inclusive na sua terminologia, sendo utilizado por alguns o termo acesso, e por outros o termo acessibilidade, muitas vezes empregados de forma ambígua e intercalados.

Alguns autores, entretanto, estabelecem uma distinção conceitual, dialogando que a acessibilidade trata da possibilidade concreta de aceder aos

serviços ou recursos ofertados, relacionando-se com as características de oferta de serviços de saúde que contribuem de forma positiva ou negativa para a utilização dos serviços por parte dos usuários (SILVA JUNIOR *et al.*, 2010), enquanto que o acesso remete à forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde (STARFIELD, 1992).

Acesso, então, pode ser entendido como a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde (EVANGELISTA *et al.*, 2008). Dessa forma, torna-se o “local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade” (ASSIS *et al.*, 2010).

Percebe-se, portanto, que a concepção do acesso ultrapassa a simples oferta e se concretiza pelo uso e não pela existência dos serviços de saúde (VARGAS *et al.*, 2011). O termo faz inferência ao ajuste entre as necessidades dos clientes e a capacidade de oferta e resolutividade dos serviços, o que depende ao mesmo tempo da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis e dos sistemas administrativos e financeiros que determinam quais indivíduos receberão os serviços, e em quais condições (STARFIELD, 2002).

Está diretamente relacionado ao processo saúde-doença e envolve aspectos geográficos, funcionais, socioculturais e econômicos (UNGLERT, 1990), ou seja, está associado a fatores como: tipo de atenção requerida a partir da necessidade do usuário, critérios de acesso e ingresso, alocação de mão-de-obra, distância, horário de funcionamento e qualidade do atendimento (VIACAVA *et al.*, 2004).

Para Unglert (1990) suas definições e usos englobam uma compreensão multidimensional no que diz respeito a sua relação com as condições de vida da população, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população.

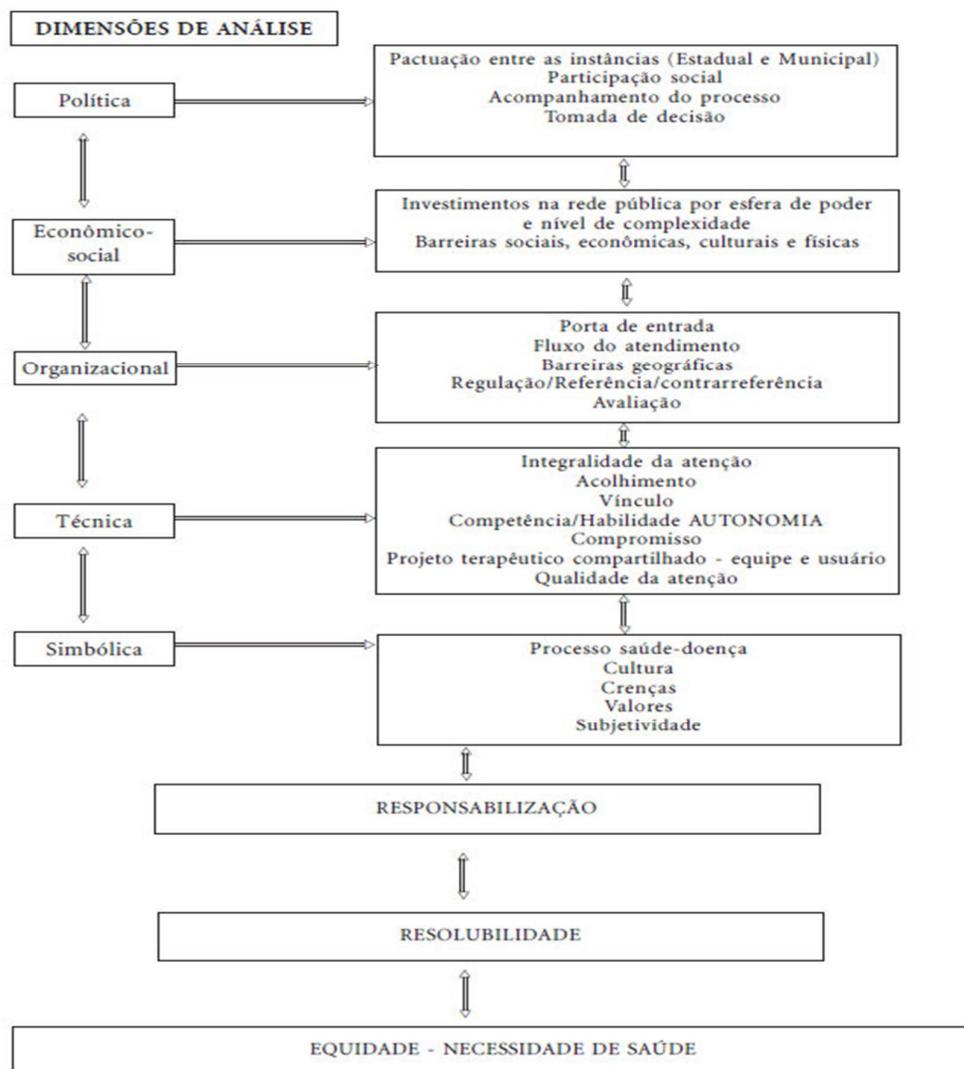
Reis (2009) considera que os determinantes do acesso à saúde estão relacionados às características que, de um lado, referem-se à oferta dos

serviços e do outro à demanda da população por cuidados de saúde, além de haver uma inter-relação entre estes. Sendo assim, as necessidades de saúde das pessoas, suas características sociodemográficas e culturais são entendidas como fatores determinantes para utilização dos serviços, bem como os aspectos relacionados aos serviços, como: características dos profissionais, experiência profissional e tipo de prática exercida.

Percebe-se uma tendência de ampliação da abrangência do conceito de acesso, deixando de focar somente a questão da entrada nos serviços para incorporar também os resultados dos cuidados recebidos, dando importância à discussão da justiça social e da equidade (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Diante da complexidade do tema, Assis e Jesus (2012), baseados em Giovanella e Fleury (1995) propuseram um modelo de análise do acesso aos serviços (Figura 1) procurando uma compreensão multidimensional do problema levando em conta aspectos sociais e políticos. São propostas cinco dimensões: política, econômico-social, organizacional, técnica e simbólica. Essas dimensões teriam como orientadores os princípios da responsabilização, resolutividade e equidade funcionando como norteadores na construção das políticas públicas.

Figura 1. Modelo teórico: acesso universal com qualidade aos serviços de saúde



Fonte: ASSIS; JESUS, 2012.

Por meio desse modelo analítico demonstra-se o quão complexa é a teia conceitual do acesso, que envolve oferta, uso e adequação dos serviços às condições sociais e de saúde da população, bem como as percepções e perspectivas daqueles que os buscam, o que dificulta a implantação de estratégias para sua garantia, tendo em vista a necessidade de ações intersetoriais, comprometidas e humanizadas para sua efetivação, algo ainda distante da nossa realidade. Isso justifica esforços para uma melhor compreensão da questão e indica a necessidade de repensá-la.

3.2 AVALIAÇÃO: HISTÓRIA E PERSPECTIVAS TEÓRICAS E PRÁTICAS

Diante das diversas possibilidades de expressão da avaliação não é possível conceituá-la de modo definitivo, ao contrário sua polissemia conceitual está enraizada a cada contexto histórico, propósitos de sua condução e suposições técnicas e teóricas que os investigadores estavam inclinados a fazer, a partir dos espaços sociais a que estavam inseridos e da influência de suas formações intelectuais e trajetórias sociais (HARTZ; SILVA, 2005; GUBA; LINCOLN, 2011). Assim, para sua compreensão torna-se fundamental conhecer um pouco acerca de seu processo histórico e perspectivas teóricas e práticas.

O interesse humano em avaliar as práticas sociais é habitual e antigo, no entanto, seu foco e meios de realizá-la sofreram renovações ao longo do tempo. Inicialmente tratava-se de julgamentos baseados na intuição e na opinião, sem utilização de técnicas sistemáticas de observação, que ao final geravam juízos de valor dicotômicos e simplificados (HARTZ; SILVA, 2005).

A avaliação está presente em vários contextos da vida, seja no âmbito pessoal ou nas instituições. A todo instante alguém avalia e estar sujeito a processos avaliativos, por vezes não perceptíveis. O fato é que todos participam de alguma forma de processos que visam verificar resultados, alcance de objetivos, checagem de conhecimentos e outros, e, em razão deles, organizam-se socialmente.

Avanços e retrocessos teóricos e metodológicos no curso do tempo, contudo, foram moldando dialeticamente diferentes modos de saber e fazer avaliação, cada vez mais fundamentadas, esclarecidas e completas. Apesar desse progresso, a rigor não existe um consenso estabelecido na literatura sobre seu conceito que vai depender da nuance teórica ou prática a qual o autor intérprete se utilize.

Champagne *et al.* (2011, p.44) reuniram elementos atualmente consensuais e definiram avaliar como sendo:

“Emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção

para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações”.

Da definição acima, evidenciam-se três aspectos da avaliação, tendo esta ao mesmo tempo um caráter técnico referente ao diagnóstico ou pesquisa, político relacionado à gestão e social pelo compromisso com a superação e a melhoria do processo avaliado (TENÓRIO; FERREIRA, 2010).

Essa compreensão, no entanto, foi construída e reconstruída ao longo das quatro gerações propostas por Guba e Lincoln (2011), caracterizadas, respectivamente pela mensuração, descrição, julgamento e negociação. A delimitação dessas gerações retrata as mudanças de ordem teórico-conceituais e políticas que se fizeram e, ainda se fazem presentes na configuração e legitimação do campo, como também representam sua polissemia e tensões.

A história moderna da avaliação sistemática das intervenções sociais começa no século XVIII, mas ganha impulso a partir da segunda metade do século XX, na Grã-Bretanha e na França com as novas correntes ideológicas e filosóficas que serviram de arrimo ao pensamento científico moderno acarretando assim a multiplicação e o refinamento dos métodos de pesquisa social e a implementação de transformações sociais, políticas, econômicas e culturais (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011); surgiu dessa forma aliado ao desenvolvimento do planejamento como ferramenta de governo (MENDES, 2010).

Perante essa realidade e os novos desafios, a avaliação se apresentou pertinente à necessidade da época em determinar em que medida as transformações de caráter social em curso atingiam seus objetivos, resultando na elaboração de testes padronizados e de mecanismos de coleta sistemática de dados (DUBOIS, CHAMPAGNE, BILODEAU, 2011).

Aliado a esse processo, o desenvolvimento da epidemiologia, da estatística e de outras ciências fomentaram a institucionalização da avaliação como instrumento de análise das condições de vida da população através do qual poderiam ser propostas reformas (DUBOIS, CHAMPAGNE, BILODEAU, 2011).

No entanto, a avaliação verdadeiramente se instituiu como uma prática e estratégia de governos no período após a grande depressão nos Estados Unidos até a Segunda Grande Guerra Mundial. Após esse evento, o mundo

capitalista, que tinha no mercado seu mecanismo de autoregulação das relações da sociedade passou a usar o planejamento como meio de alocação de recursos de forma mais eficaz. Foi neste panorama, segundo Contandriopoulos *et al.* (1999), que os economistas, pioneiros da avaliação, desenvolveram métodos de análise das vantagens e custos dos programas públicos.

Deu-se, dessa forma, novo impulso à prática avaliativa incluindo em seu espectro funcional o julgamento da pertinência de uma intervenção antes de sua conclusão, utilizando ainda para fundamentar sua conduta a informação descritiva e a medida (DUBOIS, CHAMPAGNE, BILODEAU, 2011).

A partir dos anos 1950 novos elementos conjunturais, entre eles o crescimento econômico que levou a investimentos sociais, a emergência de novas preocupações ligadas às responsabilidades ecológicas e o dinamismo de diversas formas de ativismo social, direcionaram a avaliação ao seu processo de institucionalização, principalmente na perspectiva de julgamento do sucesso das políticas públicas implementadas, sobretudo, no que se referia à prestação de contas (WORTHEN, SANDERS E FRITZPATRICK, 2004).

Foi nesse período também, com relação ao campo da saúde, que nos países desenvolvidos, reconheceu-se a necessidade da realização de estudos que tivessem como objeto específico os serviços de saúde, tanto na perspectiva de conhecer os processos de atenção neles desenvolvidos e seus efeitos sobre a saúde e a doença dos pacientes atendidos, como no sentido de conhecer o seu desempenho e participação na conformação dos sistemas de saúde e seu impacto sobre a saúde da população (NOVAES, 2004).

Todavia, foi apenas a partir dos anos 1980 por influencia em parte, do movimento da reforma sanitária, que reivindicava a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos (AROUCA, 1989b), juntamente com o fortalecimento da participação da comunidade nas decisões que as investigações e estudos avaliativos deixaram de se limitar apenas à análise dos custos passando a ser utilizado como forma de legitimação das políticas públicas, controle da qualidade e satisfação dos usuários (SERAPIONI, 1999; ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Daí por diante, impelido ainda pela revolução da informática que facilitou o compartilhamento de conhecimentos, vincularam-se reivindicações

quanto a real capacidade dos avaliadores em promover mudanças sociais, haja vista a inadequação na utilização dos resultados pelos decisores (DUBOIS, CHAMPAGNE, BILODEAU *et al.*, 2011).

Tais críticas repercutiram numa tendência às avaliações que centrassem a atenção na utilização dos resultados, conforme a necessidade dos interessados, num processo de aproximação da avaliação à responsabilização e à participação social. Vieram à tona então, inquietações já discutidas anteriormente por Robert Stake, segundo relatam Guba e Lincoln (2011) que declarava que todos os grupos de interesse colocados em risco por uma avaliação tinham o direito de apresentar suas reivindicações, preocupações e questões para que fossem consideradas, independente dos sistemas de valores que adotassem.

Complementa-se ainda, a essa nova nuance avaliativa que ascendia a necessidade, segundo Patton (1997) de uma avaliação mais útil, que transcendesse o caráter fiscalizador. À vista disso, Penna Firme (2003) destaca quatro critérios de excelência como dimensões para que as avaliações tenham um significado mais nobre de contribuir com as transformações da sociedade: utilidade, viabilidade, ética e precisão. Ou seja, o processo avaliativo necessita ser útil, considerar aspectos políticos, práticos e de custo-efetividade, respeitar os valores dos interessados e ser preciso no que tange às dimensões técnicas do processo.

Guba e Lincoln (2011), como resultado, propuseram uma abordagem alternativa, denominada de avaliação construtivista responsiva. Esse novo enfoque, compreendido como quarta geração da avaliação se preocupa com o envolvimento dos interessados, em um processo interativo e negociado, na perspectiva de superação dos limites diagnosticados na pesquisa avaliativa, através da ação conjunta, cooperativa e comprometida de todos os envolvidos no processo em questão. Assim, a verdade passa a ser construída pelo investigador e investigado de modo que os achados da investigação são criados dentro desse processo de busca, mesmo que não se alcance plenamente o consenso.

Do exposto, conclui-se que a abordagem construtivista quebra com a ideia de uma verdade absoluta e um padrão único e universal de avaliação, de modo que a preocupação recai sob a incorporação dos atores interessados

na definição dos parâmetros, possibilitando uma abertura maior para outras perspectivas e visões sobre a realidade.

Para tanto, não basta reunir um grupo, mas mobilizar condições de troca, e a partir desse ser coletivo, em torno de interrogações relativamente elaboradas, produzir uma verdade sobre si próprio que, certamente, ele é o único capaz de produzir e assim, contribuir para a construção de uma representação verdadeira, portanto útil para a ação (BOURDIEU, 2004).

Nesse sentido, Lomas (2003) destaca como um dos principais desafios da nova geração de pesquisas avaliativas no campo da saúde será ter a capacidade de ultrapassar as descrições e o aprimoramento metodológico e contribuir para a solução de problemas e melhoria da qualidade da assistência e da implementação efetiva de políticas intersetoriais.

Neste estudo, a avaliação participativa com enfoque construtivista foi escolhida como possibilidade de compreender as relações entre os diferentes componentes de uma intervenção e a conjuntura em que se desenrola, nesta investigação as pesquisas sobre acesso realizadas na APS, com a finalidade de avaliar seus efeitos.

Não obstante, torna-se relevante a compreensão de que não há métricas adequadas para a mensuração do valor de uma pesquisa ou de seus produtos, pois sua repercussão não é clara e nem previsível. E é aí, onde se encontra o desafio desta proposta investigativa.

4 MÉTODO

Quando o presente estudo teve início, seu objeto e natureza foram motivos de intensas reflexões, em comunhão com o orientador, co-orientador e grupo de pesquisa, na perspectiva de encontrar o caminho metodológico que melhor conduzisse ao alcance dos objetos propostos. Os diálogos estabelecidos foram significativos na ampliação do conhecimento teórico sobre avaliação em saúde, os interesses da pesquisa e o delineamento da coleta das informações.

Neste sentido, dentre as múltiplas teorias e abordagens existentes, a avaliação participativa foi pensada e empregada por permitir a ação-reflexão, possibilitando uma abertura maior para outras visões sobre a realidade e assim, nesse processo, transformando as práticas.

A vantagem do emprego desta metodologia recai sobre a concessão de poder a todos os envolvidos, passando o julgamento acerca da intervenção a ser compartilhado e construído coletivamente a partir de um processo interativo de negociação entre o avaliador/pesquisador e os grupos de interesse/participantes, envolvendo contextos físicos, psicológicos, políticos, sociais e culturais (GUBA; LINCOLN, 2011).

Contrandriopoulos (2006) ressalta a importância desse envolvimento na construção dos parâmetros que serão adotados, isto porque “[os atores] podem ter campos de julgamentos diferentes, se posicionarem e construirão (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação”.

Essa complexa tarefa de ouvir e envolver as várias razões encontrou como alicerce a abordagem qualitativa, ao ponto de que esta busca interpretar os significados, os sentidos, as intencionalidades e as questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais, complementada pela perspectiva hermenêutica de revelar o que está confuso, escondido e fragmentando (MINAYO, 2010).

Apresenta-se, a seguir, o desdobramento deste percurso, com descrição da opção teórico-metodológica, cenário, colaboradores, técnicas de coleta e instrumentos para geração do material, plano de análise das informações e questões éticas e legais.

4.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-CONCEITUAL DO MÉTODO

Na busca do sentido de um fenômeno e interpretação dos seus significados, a pesquisa qualitativa assume multiparadigmas de análise derivados do positivismo, da fenomenologia, da hermenêutica, do marxismo, da teoria crítica e do construtivismo.

Estes paradigmas compartilham o entendimento de que o significado e a intencionalidade não podem ser separados dos atos, das relações e das estruturas sociais (MINAYO, 2010).

No processo de construção do conhecimento, a hermenêutica como método interpretativo de análise no campo da saúde ocupa-se em interpretar o sentido das palavras, das leis, dos textos, dos signos, da cultura e de outras formas de interação entre os homens, podendo assim, ser considerada como um ramo da filosofia que tem como principal finalidade a compreensão humana (SCHMIDT, 2013).

Para Gadamer (1999), a compreensão se faz por meio da comunicação entre os homens, num processo inter-relacional entre a linguagem, o contexto e a cultura; e se concretiza com o estranhamento, pois é a partir do fracasso da transparência da linguagem e da própria incompletude e finitude humana, que nasce a necessidade do entendimento.

A narrativa do sujeito é sempre marcada pela sua perspectiva particular e não contém a verdade total sobre os fenômenos em estudo. Por isso, compreender não é apenas buscar as intenções do sujeito nem contemplar de forma passiva sua fala ou sua ação, pois esse não se esgota na conjuntura em que vive e nem seus pensamentos e inserção social são meros frutos de sua vontade, personalidade e desejo (GADAMER, 2003).

Para referenciar e guiar esta investigação optou-se pela hermenêutica crítica que segundo Ayres (2005):

“baseia-se em um distanciamento crítico que, a partir dos interesses práticos de reconstrução da vida social, explora dialeticamente os valores negados nos processos de comunicação que geraram, ou geram, os discursos interpretados”.

Esta escolha apoiou-se na afinidade da construção da hermenêutica crítica com a abordagem que se pretende realizar, buscando "entender o texto,

a fala, o depoimento, como resultante de um processo social e de conhecimento, ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico” (MINAYO, 2000).

4.2 CAMINHO INVESTIGATIVO

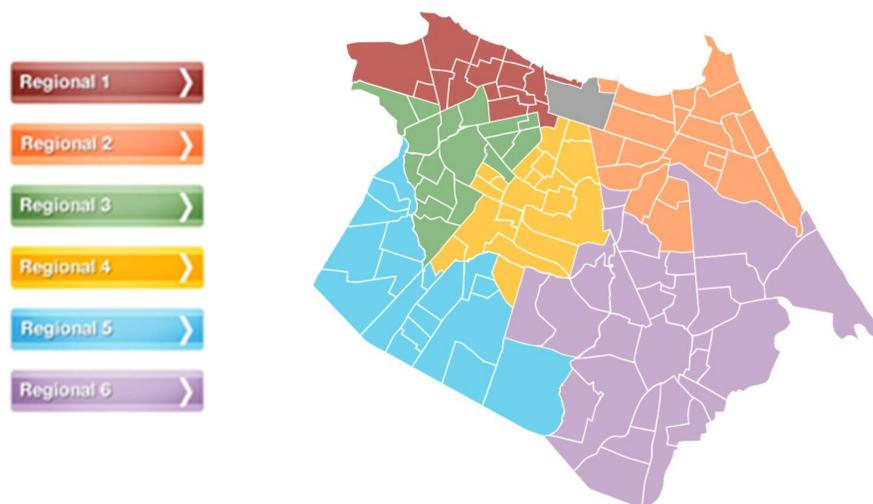
4.2.1 Campo empírico

A pesquisa foi conduzida junto ao Núcleo de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde da Secretaria da Saúde do Estado (NUCIT), à Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGETS), as seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) e a dois Centros de Saúde da Família (CSF) do município de Fortaleza, CE. Estes campos foram escolhidos por acreditar-se que formam o caminho, não linear, da aprovação à utilização das pesquisas.

4.2.2 Caracterização dos cenários

Fortaleza é considerada a quinta maior cidade do país, com área de 314,930 km² e população estimada em 2.452.185 habitantes (IBGE, 2010). Por esta dimensão geográfica e populacional, encontra-se dividida em seis regionais, de modo a instituir uma administração descentralizada que alcance a todos.

Figura 2. Regionais de Fortaleza



Fonte: Fortaleza, 2015.

No que tange aos serviços e ações de saúde na capital cearense, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) atua como órgão responsável por formular e gerir políticas públicas que atendam as necessidades de saúde da população, assegurando os princípios do SUS (FORTALEZA, 2015).

A rede municipal de saúde oferece atendimento nos três níveis de atenção, garantido, por meio dos CSF, das unidades de pronto atendimento, dos hospitais, dos centros de atenção psicossocial e centros de especialidades odontológicas. Oferece, ainda, o serviço de atendimento móvel de urgência, as farmácias populares e uma rede conveniada composta por clínicas e hospitais públicos, privados e filantrópicos que prestam serviços de consultas, exames e internações (FORTALEZA, 2015).

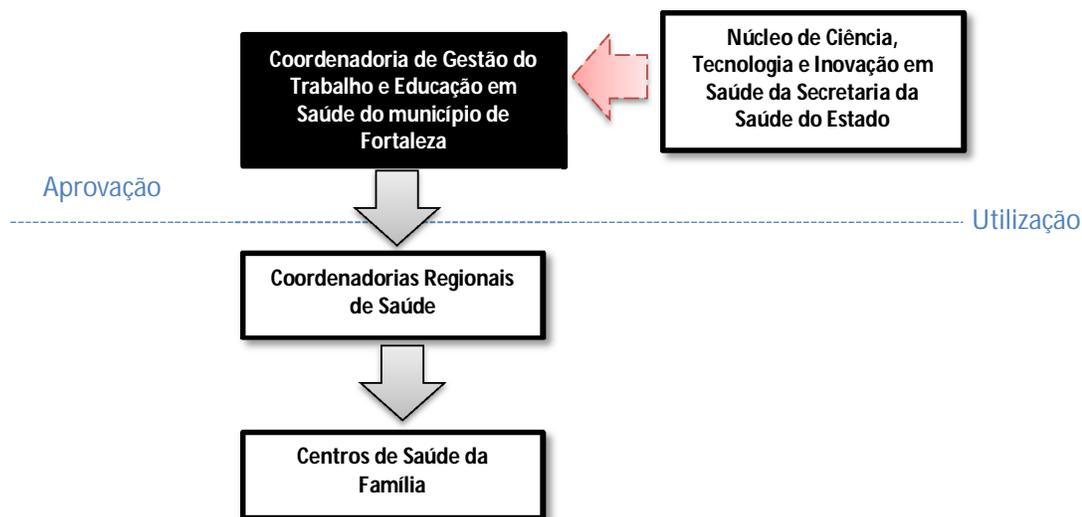
Seguindo o modelo de descentralização da administração, a SMS articula-se diretamente com as seis regionais, por meio das CORES, que exercem autoridade sanitária e possuem a função de planejar, executar, acompanhar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde no âmbito regional em consonância com as normas e diretrizes municipais (FORTALEZA, 2015).

Relativo às pesquisas, as CORES, por meio dos técnicos da educação permanente, vinculam-se com a COGETS, célula de valorização e negociação do trabalho e da educação em saúde.

Este órgão é responsável por avaliar a viabilidade e relevância de estudos científicos submetidos que possuem como cenário algum serviço da rede municipal de saúde. Propõe-se a compor uma biblioteca, atuando deste modo como o principal articulador entre aqueles que pesquisam e aqueles que utilizam esses resultados, sejam eles gestores ou profissionais de saúde.

O NUCIT também incluído nesta investigação participa dos processos deliberativos referentes às pesquisas sob financiamento público realizadas no Estado. Tem como objetivo principal articular ações na perspectiva de incorporar resultados de pesquisa significantes para o Estado e que possam ajudar nas políticas de gestão do SUS.

Figura 3. Representação do percurso da aprovação à utilização das pesquisas. Fortaleza, 2015.



Fonte: Elaboração própria.

Para aprovação, a nível municipal, os projetos de pesquisa precisam ser encaminhados inicialmente à COGETS, que após as devidas deliberações analíticas, libera parecer favorável ou não, o qual, o pesquisador deve levar, juntamente com uma cópia do projeto, à CORES que abrange o seu campo investigativo, que de posse desses documentos permitirá o seguimento do estudo junto aos CSF. Em se tratando do Estado, os processos avaliativos ocorrem no NUCIT, que como demonstra a figura, mantém pouca comunicação com a COGETS, no sentido de articular conhecimentos e meios para a sua utilização, processo que, na verdade, deveria envolver a todos os interessados.

4.2.3 Colaboradores da pesquisa

Para investigar a aplicabilidade das pesquisas sobre acesso nas práticas da APS, optou-se em incluir como sujeitos do estudo um assessor técnico do NUCIT e da COGETS, os técnicos da educação permanente das seis regionais e a articuladora regional da célula de APS, gerentes dos CSF e profissionais da ESF da regional IV.

A proposta inicial era conduzir a investigação em todas as regionais de Fortaleza, contudo, o tempo reduzido para operacionalização do estudo inviabilizou tal intenção.

Ainda, sucessivas tentativas foram feitas na perspectiva de agendar entrevistas com os interlocutores de cada regional, entretanto, o empenho destes direcionado principalmente para o enfrentamento do sarampo, na época importante questão de saúde pública resultou em adiamentos.

Diante desta problemática, optou-se pela escolha de apenas uma regional. A elegibilidade pela regional IV se deu em virtude do seu vínculo estreito com a UECE, do qual se supõe maior nível de incorporação de resultados de pesquisa.

Adotou-se como critério de seleção para os participantes dos grupos I, II e III exercerem seus cargos atuais há no mínimo um ano. De modo unânime, os mesmos expressaram interesse em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Não foi seguido critério numérico para estabelecer a quantidade de participantes no estudo, de modo que estes foram definidos pela relevância dos depoimentos e das observações que trouxeram contribuições significativas ao delineamento do objeto em apreensão, pois como sugere Minayo (2010) é o aprofundamento e abrangência da compreensão dos vários setores sociais e não as generalizações, que darão conta de contemplar os sujeitos pesquisados.

A divisão dos grupos representantes foi descrita nos quadros apresentados a seguir:

Quadro 1. Descrição dos grupos de representação para o estudo

Grupo	Representação	Nº de sujeitos
I	Gestores da pesquisa em saúde	8
II	Gestores e gerentes da atenção primária	5
III	Profissionais da ESF	2
Total		15

Fonte: Elaboração própria.

Grupo I:

Assessor do NUCIT: Dentre outras atribuições, participa do processo de definição das prioridades de pesquisa em saúde para compor o edital do PPSUS-CE e na avaliação da aplicabilidade dos produtos de pesquisa para implantação na rede estadual de saúde.

Assessor da COGETS: Responsável por analisar a relevância social e mérito científico das pesquisas submetidas à COGETS e avaliar seus resultados quanto à aplicabilidade para as políticas de saúde do município.

Assessor técnico da educação permanente: Executam os processos de capacitação e formação dos profissionais de saúde, conforme necessidades dos profissionais de saúde ou do município, sob supervisão da COGETS. Além disso, desempenham atividades de alocação de estagiários das instituições de ensino vinculadas às regionais, nos serviços de saúde de sua abrangência. No tocante as pesquisas, exercem função de arquivar cópias dos projetos direcionados à regional e previamente aprovados, para conhecimento e empoderamento do que está sendo investigado; e direcionamento dos pesquisadores aos seus cenários de investigação.

Quadro 2. Caracterização do grupo 1

	Idade	Sexo	Formação profissional	Pós-Graduação	Vínculo empregatício	Tempo de atuação
Assessor do NUCIT	48 anos	M	Engenheiro biomédico	Especialização e mestrado em gestão	Comissionado	2 anos
Assessor da COGETS	48 anos	M	Médico	Doutorado	Servidor	4 anos
Assessor técnico da educação permanente	Faixa de 27 e 38 anos	F	02 enfermeiras 01 advogada 01 assistente social 01 engenheira de alimentos 01 dentista	Especialização (voltada à área relacionada ao cargo, apenas duas, em preceptoria)	Terceirizadas	Média de 1 a 2 anos

Fonte: Elaboração própria.

Grupo II:

Articulador regional da célula de APS da CORES IV: Auxilia os gestores municipais na identificação de problemas e na formulação de estratégias para o desenvolvimento da atenção primária. Sua atividade principal é direcionada à organização do processo de trabalho nas unidades de saúde.

Gerentes dos CSF: Exercem funções gerenciais em CSF visando à condução e avaliação do processo de trabalho da equipe, do quadro de necessidades de saúde, da oferta e produção de serviços, disponibilidade de recursos institucionais, condução de operações em redes assistenciais, ajustando as decisões ao contexto do CSF.

Quadro 3. Caracterização do grupo 2

	Idade	Sexo	Formação profissional	Pós-Graduação	Vínculo empregatício	Tempo de atuação
Articulador regional da célula de APS da CORES IV	35 anos	F	Enfermeira	Especialização e residência em Saúde da Família	Servidora	2 anos

Fonte: Elaboração própria.

Grupo III:

Profissionais da ESF: São responsáveis pela saúde de uma população territorializada, pautados na ampliação da prática curativo-preventiva do modelo biomédico tradicional, buscando promover, também, a qualidade de vida. Possuem, entre outras tarefas a de utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisão. Optou-se neste estudo por considerar aqueles com formação de nível superior.

Quadro 4. Caracterização do grupo 3

	Idade	Sexo	Formação profissional	Pós-Graduação	Vínculo empregatício	Tempo de atuação
Profissional 1	39	M	Enfermeiro	Especialização em Saúde da Família	Servidor	9 anos
Profissional	37	F	Enfermeira	Especialização	Servidora	9 anos

2				em Saúde da Família		
---	--	--	--	---------------------	--	--

Fonte: Elaboração própria.

A configuração de cada grupo ocorreu na própria etapa exploratória da pesquisa, em que foi percebida a necessidade desta divisão de natureza operacional, para a caracterização de cada sujeito em relação a sua formação, vínculo empregatício, período de atuação e sobre as ações desenvolvidas.

4.2.4 Técnicas e passos para a coleta das informações

Para a geração do material foram utilizadas as técnicas: análise de documentos, entrevista semiestruturada e observação sistemática.

Primeiro passo

Procedeu-se a análise de documentos, a partir da listagem dos projetos de pesquisa submetidos à COGETS, no período de 2010 a 2014, cujo objeto de análise envolvesse o acesso na atenção primária.

Cogitou-se ainda incluir os relatórios de gestão municipal deste período. Porém apenas o do ano de 2010 estava disponível online para leitura e ainda não continha questões referentes ao tema aqui avaliado.

O emprego desta técnica baseou-se na sua possibilidade em realizar uma reconstrução do que vinha sendo investigado sobre acesso e como esse se constituía no cenário da atenção primária, de modo a permitir o processo avaliativo sobre os efeitos das investigações.

Cellard (2008), nesse sentido, discorre que o documento, seja escrito ou não, constitui uma fonte extremamente preciosa, permanecendo como testemunho de atividades particulares ocorridas num passado distante e, inclusive, recente.

Essas informações, no entanto, apresentavam algumas indisponibilidades, tendo em vista o material não ser informatizado e encontrar-se organizado em pastas por mês de aprovação. Houve ainda a tentativa de tabulação deste material, porém o quantitativo excedente de projetos submetidos, a constatação da escassez na temática proposta e após

discussões teóricas com o grupo de pesquisa adotou-se a ampliação do levantamento e apreciação da literatura acerca do acesso a nível nacional.

A revisão integrativa da literatura foi adotada como método de agrupamento dos dados e síntese do conhecimento acerca da temática proposta, de modo a responder a seguinte questão norteadora: Quais as evidências científicas acerca das fragilidades, potencialidades e desafios do acesso aos serviços e ações de saúde na APS?

Concernentes às definições de Cooper (1984) foram cumpridas as seguintes etapas: formulação do problema, levantamento de dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

Conforme recomendações de Ganong (1987) e Broome (1993) foram definidos os critérios de inclusão e exclusão adotados para a seleção dos manuscritos. Dessa forma, foram incluídos artigos que discorressem sobre o acesso aos serviços e ações de saúde na APS, sendo excluídas dissertações, teses e notas editoriais. Optou-se por selecionar estudos disponíveis na íntegra, publicados no período temporal de 2010 a 2015, escritos no idioma português.

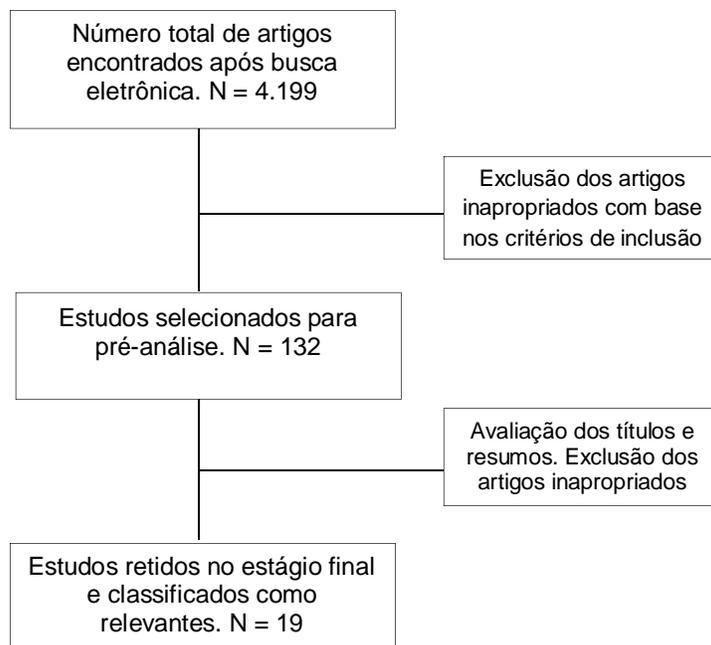
A base de dados do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) foi escolhida para a realização da busca literária, em virtude da concentração de artigos nacionais e internacionais de relevância para a saúde. Torna-se válido destacar que esta busca realizou-se entre os meses de agosto a outubro de 2015.

A investigação utilizou como descritores os termos 'acesso aos serviços de saúde' e 'atenção primária à saúde', componentes do Descritor em Ciências da Saúde (DeCS), da Bireme, resultando em 4.199 publicações.

Após a aplicação dos critérios de inclusão, restaram 132 artigos. Procedeu-se a uma pré-análise de seus títulos, resultando na seleção de 58 resumos para aprofundamento. Ao final, restaram 19 artigos para compor a análise da produção científica nacional acerca do acesso aos serviços e ações de saúde na APS, que foram avaliados quanto aos seguintes aspectos: 'título', 'ano de publicação', 'periódico onde foi publicado' e 'objetivos', sistematizados na tabela 1, apresentada no primeiro capítulo dos resultados, e quanto aos

obstáculos e fatores facilitadores do acesso aos serviços e ações de saúde, além de sugestões para sua melhoria. A figura 4 esquematiza este processo:

Figura 4. Fluxograma relacionado ao processo de seleção dos artigos



Fonte: Elaboração própria.

Vale destacar, que o uso de documentos nas pesquisas qualitativas enfrenta alguns desafios, pois, como argumenta Flick (2009, p. 234) “não se deve partir de uma noção de existência de uma realidade factual nos documentos comparada às opiniões subjetivas presentes nas entrevistas”.

Destarte, a utilização desta técnica não se deu na perspectiva de validar as narrativas, mas sim, de modo a permitir o surgimento de novos argumentos que pudessem ser coincidentes, complementares e/ou divergentes, possibilitando um adensamento às análises.

De maneira paralela e contínua durante todo o período de coleta, deu-se a observação sistemática das práticas cotidianas nos CSF localizados no território da CORES IV com o objetivo de apreender sua organização para garantia do acesso e a utilização dos serviços demandados e assim,

complementar a análise obtida a partir das entrevistas, pois, como argumenta Triviños (1992) a observação sistemática proporciona a captação de uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações.

Sua orientação se deu a partir de um roteiro para possibilitar o confronto com os dados apreendidos entre a representação (fala/depoimento) e a prática concreta no serviço de saúde e contou com um diário de campo para os registros.

Segundo passo

Nesse momento, nos meses de janeiro a agosto de 2015, foram conduzidas as entrevistas, que segundo Minayo (2010), propiciam a obtenção de informações objetivas e subjetivas a partir dos discursos dos entrevistados, permitindo o mover-se do respondente no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e prever o futuro; processo fundamental para a compreensão e análise acerca da utilização das pesquisas na atenção primária.

Foi elaborado inicialmente um roteiro de entrevista que a cada transcrição e análise gerava perguntas para os roteiros seguintes. Sua elaboração seguiu o preceito de “desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplassem a abrangência das informações esperadas” (MINAYO, 2010).

A princípio a entrevista semiestruturada foi dirigida ao assessor técnico do NUCIT, na perspectiva de compreender a sistemática da pesquisa no Estado e sua relação com o município.

Posteriormente foram entrevistados os seis técnicos da educação permanente, para compreensão dos fluxos das pesquisas realizadas no município e dos processos de apoio a sua utilização. De posse dessas informações foi possível traçar o percurso a ser seguido para o alcance dos objetivos do estudo.

Em seguida a análise desses discursos, formularam-se as questões que foram proferidas ao assessor técnico da COGETS, para o confronto entre o que foi dito pelos técnicos da educação permanente e o que ocorre na prática

para a viabilidade e utilização das investigações e ainda possibilitar a autoanálise da gestão a partir das inquietações e demandas reveladas.

Terceiro passo

Com o objetivo de adentrar o cenário da atenção primária e prover as associações entre o universo da pesquisa e o acesso aos serviços de saúde entrevistou-se a articuladora regional da APS da CORES IV, que ocupa um cargo importante no direcionamento de intervenções nos serviços e práticas de saúde do referido território.

No mesmo mês, promoveu-se um espaço de diálogo com os gerentes dos CSF da mesma regional a fim de discutir seus conhecimentos sobre os efeitos das investigações realizadas nos CSF.

Por fim, foram entrevistados os profissionais de saúde para reflexão e discussão quanto às contribuições das pesquisas e os desafios da utilização destas em suas práticas de produção do cuidado.

Em síntese, a coleta do material empírico manteve os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados e observados.

4.2.5 Plano de análise

A trajetória analítica do material empírico das entrevistas e observações, para o melhor entendimento das questões deste estudo, tomou como base orientadora a hermenêutica crítica, conforme sugerem Minayo (2010) e Assis e Jorge (2010). A análise seguiu a seguinte sistemática: ordenação, classificação e análise final dos dados.

A ordenação foi marcada pela organização do material empírico, com leituras iniciais dos conteúdos e detecção das primeiras orientações e impressões em relação às mensagens contidas nas entrevistas, observações e documentos. Os dados foram balizados pelas regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Em seguida, a classificação dos dados permitiu a construção dos dados empíricos, que tomaram como base o marco teórico edificador da pesquisa, envolvendo inicialmente a leitura exaustiva e flutuante dos textos contidos nas entrevistas, observações e documentos, com o objetivo de

recortar e realizar uma síntese geral de cada unidade de análise, permitindo a visualização das ideias centrais do tema em questão, representado em núcleos de sentido.

Esse processo foi sistematizado em um quadro, o que facilitou o desenvolvimento de reflexões acerca das relações entre a síntese de cada unidade de análise e os núcleos de sentido. Concomitante, estabeleceram-se as sínteses horizontais, possibilitando mostrar os temas e as ideias comuns entre os sujeitos entrevistados ou documento analisado por unidade temática ou categoria (em blocos convergentes, divergentes, complementares e diferentes), que foram evidenciados nos diferentes quadros de análise.

Em seguida, dispo do desse material estruturado, partiu-se para a leitura transversal, de cada corpo de comunicações, estruturados a partir dos núcleos de sentido, percebidos nos diferentes grupos de sujeitos (gestores, gerentes e profissionais de saúde) que compuseram a análise, buscando-se, num processo de refinamento e aprofundamento classificatório o confronto entre as diferentes representações, a partir das ideias convergentes, divergentes, complementares e diferentes. Para tanto, foi necessária a articulação com o objeto, as questões orientadoras e os pressupostos teóricos que subsidiaram o estudo.

Na etapa final de interpretação do material empírico foi feito o entrecruzamento entre as diferentes informações coletadas e o referencial teórico, subsidiando a análise do contexto e legitimando o estudo por meio da triangulação das técnicas de análise e do entrecruzamento entre as falas dos pesquisados e as observações, complementadas pelos documentos.

4.2.6 Questões éticas e legais

O presente estudo representa dados parciais de uma pesquisa maior denominada “Avaliação das pesquisas em saúde e enfermagem: olhares plurais sobre a contribuição para as políticas, organização dos serviços e assistência na interface com a produção do cuidado na atenção primária” que recebeu parecer favorável da COGETS e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE, com protocolo de número 662.093.

Anterior à coleta das informações junto ao CSF foi ainda exigido a apresentação do projeto de pesquisa e a disponibilização de uma cópia a CORES IV, para conhecimento e recomendação da técnica da educação permanente as gerentes das unidades de saúde aonde se deram esta investigação. Este momento foi fundamental para as deliberações e ajustes referentes ao objeto e objetivos do estudo, de modo a garantir a participação de todos os envolvidos desde a etapa inicial do estudo.

Em síntese, os preceitos éticos foram respeitados em consonância com o que determina a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde referente à pesquisa com seres humanos.

5 RESULTADOS DA PESQUISA

5.1 ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL

A apresentação dos resultados neste capítulo está estruturada em duas partes. A primeira contém uma breve caracterização dos artigos que fizeram parte do escopo do estudo, considerando os aspectos relativos ao ano de publicação, periódico, local e tipo da pesquisa. A segunda apresenta análise sobre barreiras, determinantes facilitadores e sugestões para melhoria do acesso ao serviço e ações de APS, por meio de um diálogo entre os artigos, as narrativas dos entrevistados e os achados da observação sistemática, para compreensão quanto às contribuições das pesquisas na prática.

5.1.1 Caracterização

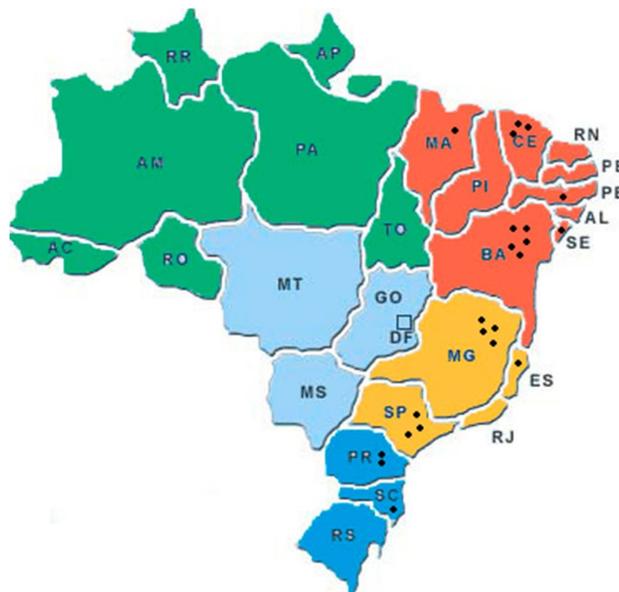
Após apreciação do material bibliográfico, percebeu-se que não houve grandes variações no quantitativo de artigos com relação ao ano de publicação, o qual se manteve praticamente homogêneo no decorrer dos anos, no período coletado, o que revela a relevância nacional na temática do acesso.

Quanto as regiões onde as pesquisas foram realizadas, pôde-se observar como mostra a figura 5, que as publicações concentraram-se na região nordeste, seguidos pelas regiões sudeste e sul, onde estão localizados os principais centros de pós-graduação do Brasil.

Percebe-se pela ausência de estudos realizados nas regiões norte e centro-oeste, que permanece o desafio de descentralizar as pesquisas no território brasileiro.

Apreendeu-se, no que concerne ao tipo de estudo, uma prevalência daqueles com abordagem qualitativa, o que remete como evidenciou Starfield (2002) a inversão da análise do acesso, antes tratado a partir de bases estritamente quantitativas, relacionado ao número de atendimentos, por exemplo, passando a levar em conta aspectos qualitativos ligados ao acolhimento e seguimento do tratamento no sistema, envolvendo elementos tanto da população adstrita quanto dos serviços que lhe são ofertados, bem como os valores atribuídos.

Figura 5. Distribuição das pesquisas conforme os Estados que serviram de cenário ao processo investigativo



Fonte: Elaboração própria.

Tabela 1. Descrição dos artigos segundo referência, objetivo, periódico, qualis e local do estudo

Referência	Objetivo	Tipo de estudo	Periódico
Campos et al (2014)	Compreender como usuários do sistema de saúde de uma metrópole brasileira avaliam o acesso aos serviços de atenção primária.	Avaliação de caráter participativo	Saúde Debate
Chagas et al (2014)	Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o acesso aos serviços dispensados aos usuários de um Centro de Saúde da Família (CSF), em Sobral – CE.	Qualitativo/ Estudo de caso	Rev. APS
Marin; Moracvick; Marchioli (2014)	Comparar o acesso aos serviços de saúde na ótica de usuários e profissionais que atuam na estratégia saúde da família (ESF) e nas unidades básicas de saúde tradicionais (UBST) de um município do interior paulista.	Qualitativo/ Quantitativo	Rev enferm UERJ
Silva; Andrade; Bosi (2014)	Analisar o acesso e o acolhimento no cuidado pré-natal à luz das experiências de 13 gestantes.	Qualitativo	Saúde Debate
Silva e Vieira (2014)	Identificar o atributo acesso da atenção primária para a resolução dos problemas de saúde de crianças menores de um ano a partir dos relatos de pais e cuidadores.	Qualitativo	Rev Bras Enferm

Albuquerque et al (2014)	Analisou-se a acessibilidade aos serviços de saúde de Atenção Básica em Pernambuco e os aspectos que favorecem ou dificultam a entrada e a permanência do usuário no sistema de saúde.	Descritivo/ Qualitativo	Saúde Debate
Fernandes et al (2014)	Compreender, a partir da percepção das famílias, a organização e as práticas de cuidado à criança na atenção primária à saúde; foi desenvolvida com 45 representantes de famílias de crianças de 0 a 5 anos, inscritas nos programas de três unidades de saúde de um município da região metropolitana de Curitiba- Paraná.	Descritivo/ Qualitativo	Cogitare Enferm
Reis et al (2013)	Avaliar acesso e utilização dos serviços, aplicados a 30 gestores, 80 profissionais e amostra aleatória de 882 usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) em São Luís.	Qualitativo	Ciência & Saúde Coletiva
Barbosa; Elizeu; Penna (2013)	Analisar o acesso a partir da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais de equipes de saúde da família de três municípios do Estado de Minas Gerais, Ipatinga, Coronel Fabriciano e Santana do Paraíso.	Casos múltiplos/ Qualitativo	Ciênc. saúde coletiva
Trad; Castellanos; Guimarães (2012)	Analisar a acessibilidade de famílias negras de bairro popular aos serviços de atenção básica à saúde.	Etnográfico	Rev Saúde Pública
Faria e Campos (2012)	Identificar como é organizado o atendimento à demanda espontânea, os fatores que influenciam esse atendimento, analisar como acontece a articulação entre as demandas espontânea e programática e compreender as visões que orientam o atendimento.	Qualitativo	Rev APS
Oliveira et al (2012)	Caracterizar a acessibilidade e a utilização de serviços de saúde em duas unidades de saúde da família do Distrito Sanitário da Liberdade (DSL), no período de 2009-2010, caracterizando o perfil de utilização e identificando fatores relacionados à acessibilidade sócio-organizacional e geográfica.	Inquérito domiciliar	Ciência & Saúde Coletiva
Almeida; Fausto; Giovanella (2011)	Descrever e analisar ações empreendidas em quatro centros urbanos para fortalecer a estratégia saúde da família (ESF) no Brasil.	Estudos de caso	Rev Panam Salud Publica
Vargas et al (2011)	Analisa o acesso aos serviços de saúde.	Pesquisa-ação	Saúde Soc
Arruda-Barbosa; Dantas; Oliveira (2011)	Conhecer a avaliação dos usuários sobre os serviços de saúde da família e identificar os principais motivos que os levam a buscar tais serviços.	Descritivo/ Qualitativo	Rev Bras Promoç Saúde

Vieira-da-Silva et al, (2010)	Avaliar e monitorar a implantação de um projeto voltado para a ampliação do acesso e a humanização do acolhimento aos usuários da rede básica de Salvador, entre novembro de 2005 e maio de 2008.	Avaliação da implantação	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.
Lima e Assis (2010)	Analisa o acesso aos serviços no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas (BA) na composição do modelo de atenção à saúde.	Qualitativo	Rev Baiana Saude Publica Miolo
Cunha e Vieira-da-Silva (2010)	Avaliar a implantação de ações voltadas para a melhoria da acessibilidade à atenção básica, através de um estudo de caso em um município onde a descentralização da gestão da atenção à saúde encontrava-se em estágio avançado de organização.	Estudo de caso	Cad. Saúde Pública
Souza e Rocha (2010)	Conhecer as vivências de usuários com deficiências e familiares ao utilizarem o serviço de reabilitação do PSF, e compreender como avaliam o acesso que têm ao mesmo, levando em conta diferentes discursos, posições sociais, e origens culturais.	Qualitativo	Rev. Ter. Ocup.

Fonte: Elaboração própria.

5.1.2 Barreiras, determinantes facilitadores e sugestões

Garantir acesso aos serviços de saúde ainda representa um constante desafio ao sistema de saúde brasileiro, mesmo após a Constituição de 1988, o que demonstra que a legalidade de uma proposta não assegura sua legitimidade.

A identificação de eventuais barreiras constitui-se na primeira etapa para resolução dessa problemática (TRAD; CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2012), tendo a pesquisa nesse contexto, certo protagonismo.

Na sistematização dos resultados das pesquisas, observou-se que os obstáculos funcionais, relativos à organização e disponibilização dos serviços de saúde, apresentaram as maiores lacunas em relação ao atributo acesso, sendo aduzidas principalmente ao sistema de cotas, a alta demanda e a demora, seja na marcação de consultas ou no atendimento médico e realização de exames laboratoriais na unidade, com consequências negativas a continuidade da assistência e a resolução dos problemas de saúde da

população, despontando entre os alvos de insatisfação da população (CAMPOS et al., 2014; BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013; OLIVEIRA et al., 2012; ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011; LIMA; ASSIS, 2010).

Percebe-se, que as filas na madrugada ainda fazem parte da realidade da maior parte dos usuários que buscam os serviços de saúde, o que, contudo, nem sempre garante atendimento, em decorrência da elevada demanda e da cota de atendimento pré-estabelecida pelos profissionais, operacionalizada por meio da distribuição de senhas ou fichas em número limitado (ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011; FARIA E CAMPOS, 2012; CAMPOS et al., 2014; SILVA; VIEIRA, 2014).

Revela-se, portanto, o desnível entre demanda elevada e oferta insuficiente dos serviços de saúde, resultando em usuários insatisfeitos e sujeitos a maior risco de perda ou agravamento da saúde.

A esse respeito a articuladora da APS discute que o número insuficiente de equipes de saúde da família tem como efeito uma baixa cobertura, questão que influencia diretamente na qualidade da assistência.

“[...] a gente ainda não tem uma cobertura adequada conforme a portaria da atenção básica, então a gente sabe que é impossível os profissionais atenderem com qualidade a todas as pessoas do território sob responsabilidade da equipe [...]”
(GRUPO III).

Somado a dinâmica de agendamentos e distribuição de cotas para consultas, outro problema percebido pelos autores relacionou-se aos horários e dias de atendimento dos serviços de APS, algumas vezes, incompatível com a jornada de trabalho dos usuários (REIS et al., 2013; FERNANDES et al., 2014).

A ESF, ao pretender reorientar a atenção à saúde no SUS, precisa ter suas unidades funcionando de acordo com a necessidade do usuário. Logo, possibilitar a abertura das unidades nos finais de semana e após as 18 horas em alguns dias da semana pode ser uma alternativa para que os usuários possam acessar melhor os serviços (REIS et al., 2013).

Esse desencontro também foi percebido em Fortaleza e resultou na implantação do terceiro turno em alguns CSF do município, entretanto, a atual gestão não perpetuou a proposta, por acreditar que havia demasiados problemas no período diurno que necessitavam de atenção mais imediata, representando retrocesso à ampliação do acesso aos diferentes grupos

populacionais, principalmente aos que trabalham no horário de funcionamento do serviço.

Esse cenário, segundo os estudiosos leva a percepção de um acesso burocrático e demorado ao serviço da APS, levando usuários a construírem itinerários próprios para sanar os problemas de saúde-doença, com base nas crenças, conhecimento e facilidades que encontram nos serviços de saúde (FERNANDES et al., 2014; FARIA E CAMPOS, 2012).

Dessa maneira, o fluxo acaba sendo “atropelado”, levando à manutenção da sobrecarga de atendimento nos níveis de atenção de maior complexidade (MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014); colaborando para inversão na lógica do modelo de atenção idealizado de entrada no sistema pela atenção primária, podendo causar descontinuidade no cuidado.

As pesquisas apresentaram como causa maior dessa dificuldade, a demanda elevada da procura por atendimento em face do número reduzido de profissionais de saúde, sobretudo médicos (FARIA E CAMPOS, 2012; CHAGAS et al., 2014). Albuquerque et al (2014), destaca, no entanto, que estas barreiras não se resumem apenas a consultas médicas, mas ao atendimento a todos os profissionais da equipe multidisciplinar.

Acresceram-se a esta problemática o descumprimento dos horários de funcionamento, inclusive com atrasos significativos para o início da jornada de trabalho, principalmente no que se refere ao profissional médico. Dificultando a formação do vínculo com a comunidade (ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Críticas também foram direcionadas à alta rotatividade desses profissionais, o que implica na quebra de vínculo com um profissional bem avaliado e acaba por estornar a continuidade do tratamento, resultando em usuários à deriva, prejudicando sobremaneira as pessoas que sofrem de doenças crônicas e que necessitam de acompanhamento sistemático (FARIA E CAMPOS, 2012; TRAD, CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2014; CAMPOS et al., 2014).

Em Fortaleza, um dos fatores que tem contribuído para este cenário é a precariedade dos vínculos de trabalho, onde o concurso, cada vez mais, perde espaço para as contratações temporárias, por meio de processos seletivos, que nem sempre adotam como critério a formação na saúde da

família. Contratando, assim, profissionais pouco sensíveis as especificidades do trabalho em comunidade.

Uma das consequências é o aumento da demanda espontânea, adoecida pelo prejuízo às ações de prevenção e promoção à saúde, reforçando, por conseguinte, a permanência do modelo de atendimento centralizado na doença.

Fica claro, portanto, que garantir a multiprofissionalidade e estabilidade da equipe são determinantes que favorecem o atendimento adequado às necessidades do usuário, o acolhimento no serviço e a confiança nos profissionais (TRAD; CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2012; CHAGAS et al., 2014).

A ausência de interdisciplinaridade, ou seja, troca e cooperação entre os membros da equipe de saúde da família também sobressaiu-se como entrave ao acesso (CHAGAS et al., 2014). Essa limitação também foi sensível o profissional de saúde colaborador desta investigação que declarou haver pouco diálogo entre a equipe, constituindo-se entrave relevante ao acesso, pois nem todos possuem informações referentes ao funcionamento do serviço, não conseguindo, desse modo, dar resposta aos questionamentos dos usuários, que se sentem perdidos.

“[...] eu acho que o principal entrave aqui dentro do serviço é a questão da comunicação entre os próprios funcionários da unidade [...] é muito difícil se reunir a unidade toda para ver a questão de atendimento, de acesso à farmácia, de acesso à marcação de consultas [...]” (GRUPO III).

Essa situação também foi exposta em outro estudo conduzido com integrantes da ESF, onde foram levantados problemas de relacionamento nas equipes, dificuldade de diálogo, falta de reuniões e de planejamento conjunto das ações entre profissionais; fatores que têm dificultado as equipes a assumirem uma proposta de acolhimento que seja de responsabilidade de todos (FARIA; CAMPOS, 2012).

Em oposição, outra investigação trouxe o relato de profissionais que descreveram positivamente o relacionamento interpessoal, entendido como facilitador e estimulador das práticas cotidianas de trabalho, principalmente no que tange à execução e organização do trabalho diário (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013).

Os problemas elencados até o momento, somados a ausência de uma escuta qualificada na recepção contribuem a uma percepção errônea acerca do acolhimento, inicialmente pensado para humanizar o primeiro contato e para qualificar a avaliação de risco (FARIA; CAMPOS, 2012). Chagas e cols. (2014) corroboram com esse achado dialogando acerca da falta de informação dada pelos vigilantes durante o processo de distribuição das senhas aos usuários, bem como a prestada pelo pessoal administrativo e à insatisfação desses segmentos, ambos da recepção, constituindo-se como obstáculos a serem enfrentados pelos usuários.

Nesse sentido, alguns autores denunciam que uma parcela da população considera este dispositivo tecnológico como mais uma barreira ao acesso, por funcionar como represa aquilo que é mais esperado: a consulta com o médico (CAMPOS et al., 2014). Tal entendimento demonstra a ainda enraizada referência biomédica para a população, que trata o acesso ao serviço de saúde como sinônimo de acesso ao médico. Situação associada, como demonstram Arruda-Barbosa, Dantas e Oliveira (2011), à permanência da compreensão da saúde como oposto de doença.

Essa percepção, de certo modo acaba também sendo perpetuada pela própria gestão e profissionais de saúde, mesmo que de forma subjetiva, por meio de propostas organizativas que tendem a padronização da assistência; engessando o acolhimento a uma atividade seletiva.

“[...] o acolhimento [...] é a sala que tem uma triagem de enfermagem, aonde quem vai muito é quem vai quem está realmente doente, ou então quem tem alguma demanda de alguma doença [...]” (GRUPO III).

“Existe hoje no município de Fortaleza, uma tendência à padronização de atividades não na perspectiva de engessar a atividade, mas no sentido de organizar, de manter um padrão de qualidade nos processos de trabalho [...] a gente percebia que até pouco tempo não existia o acolhimento como prática institucionalizada, então o que eu vejo é que as pessoas eram atendidas quando elas tinham a sorte de serem atendidas” (GRUPO II).

Essa visão reducionista, centrada na consulta médica e nas ações curativas reflete a necessidade em explorar as habilidades da equipe ESF, a fim de produzir uma cultura de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Para isso, Campos et al. (2014) defende o

desenvolvimento de uma atividade pedagógica desenvolvida pela própria equipe no sentido de apresentar aos usuários evidências da eficácia de práticas que se contraponham a lógica biomédica.

O trabalho do ACS baseado no envolvimento com a comunidade foi visto positivamente para o alcance desse objetivo (ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011) e como importante elemento para promover o acesso aos serviços (OLIVEIRA et al., 2012).

O apoio matricial também foi mencionado como estratégia para qualificar as ações da ESF, organizar o processo de trabalho e aumentar a resolutividade das equipes de APS, ao prever que especialistas apoiem profissionais de APS por meio de interconsulta, discussão de casos clínicos e capacitações, além de funcionar como referência (ALMEIDA, FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Para além do foco nas ações curativas, que acabam por empobrecer as tomadas de decisão e resultados, outros caminhos precisam ser pensados e traçados, se fazendo mais efetivos e com possibilidades reais de serem percorridos.

Assim, pensar e agir em saúde numa perspectiva de mudança requer novos modos de estabelecer relações e troca de saberes e experiências práticas, envolvendo campos de conhecimento e intervenção interdisciplinar (ASSIS et al., 2010).

As educações continuada e permanente poderiam ser articuladas com essa intenção, entretanto, quando aplicadas isoladamente, sem outros elementos relacionados à organização de rede de atenção à saúde, são incapazes de produzir mudanças substanciais para ampliação do acesso e maior resolutividade.

A fala do profissional da ESF revela as fragilidades da educação permanente no município, onde as ações são hierarquizadas e descontínuas, resultando em perda para o cuidado:

“As atividades de educação permanente [...] não tem tanto diálogo [...] eu faço um curso e aquele curso morre comigo e eu tenho que fazer aquela meta e ir adiante [...] muitas vezes os profissionais veem como uma atividade a mais e procuram sair de perto, não querem, então muitos fazem os cursos e não praticam [...] a clientela perde [...] se tivesse mais diálogo, se fosse uma educação permanente focada não só na questão do

trabalho, porque muitas vezes é isso, e não tem um feedback, não tem a escuta do profissional [...] e quando me capacitar fazer com que eu seja um transmissor do meu conhecimento, não fique guardado aquilo para mim [...] o que atrapalha também é a questão de material, insumos que fazem com que a gente realmente não tenha uma qualidade em executar nossa atividade quando a gente é capacitado” (GRUPO III).

Segundo o entrevistado existe a disponibilização de cursos conforme o interesse da gestão, que, no entanto, se dar de modo pontual, não havendo apoio dos gestores e interesse de uma parcela dos profissionais de saúde em dar continuidade ao processo após o fim do treinamento. O protocolo de acolhimento é citado como exemplo:

“[...] é a imposição: ‘olha vocês vão ter que seguir esse protocolo Manchester’. Aí orienta mais ou menos. Nós batemos contra, mas aí eles deixam claro que é do jeito que eles querem” (GRUPO III).

Pela narrativa é possível perceber que os protocolos de acolhimento foram impostos pela gestão, sem diálogo com esse segmento, levando a incorporação dessa estratégia como mais uma obrigação, resultando como sinaliza Faria e Campos (2012), em mais uma forma de organizar a agenda do médico e de realizar a triagem de doenças.

Retomando o acolhimento, questiona-se a classificação de risco, direcionada por critérios essencialmente objetivos que nem sempre coincidem com a necessidade sentida pelo usuário (MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014), como, por exemplo, as demandas mais subjetivas, considerada pelos profissionais não legítima à unidade de saúde da família (FARIA; CAMPOS, 2012). Albuquerque *et al.* (2014) acrescenta como limitante à essa estratégia, a reduzida capacidade de uma parcela significativa das equipes da Atenção Básica na identificação das diferentes gradações de risco e das situações de maior urgência apresentadas pelos usuários.

Nesse sentido, decorre prejuízo à demanda espontânea, cujo acesso é permeado por descrições de ineficácia (FERNANDES et al., 2014). Sobre essa problemática, a articuladora da APS revela que antes do acolhimento essa demanda não era enxergada. Expõe ainda a importância da estratificação de risco frente à herança das iniquidades sociais e as barreiras ainda existentes para um acesso universal, funcionando como mecanismo provedor de equidade:

“[...] hoje em dia a gente não está mais trabalhando com a nomenclatura demanda espontânea, porque muita gente achava que qualquer pessoa que chegasse espontaneamente na unidade teria atendimento médico. Não é isso. A pessoa ela é acolhida, não só pelo enfermeiro, mas também por um funcionário administrativo. Se for realmente uma pessoa com uma queixa aguda, ela é encaminhada para o enfermeiro, o qual vai acolher e avaliar se ela precisa realmente ser atendida naquele turno e aí sim ela vai ser encaminhada para o médico de referência; se não, ela vai ser agendada. Então assim, muita gente critica a estratificação de risco de condições crônicas. Muita gente coloca: ‘o município de Fortaleza só quer atender gestante, criança, hipertenso e diabético’. Mas não é bem assim. Agora se eu tenho hoje algumas equipes com cinco mil de população e não é que piorou a cobertura, nós melhoramos, eu tenho plena convicção que não será possível atender as cinco mil pessoas, então eu tenho que trabalhar com uma lógica que me permita atender bem, quem mais precisa [...] tentar construir uma linha de cuidado de modo que pelo menos a princípio com esses grupos eu consiga dar uma atenção de mais qualidade [...] é uma forma de dar acesso” (GRUPO II).

Percebe-se pela fala que o acolhimento no município vem ocorrendo mais como uma forma de triagem administrativa, utilizada para priorizar os usuários oriundos da demanda espontânea, fugindo da lógica inicialmente pensada por Franco *et al.* (1999) que propõem discuti-lo como uma diretriz operacional, pautada nos princípios do SUS para atender a todas as pessoas que procuram os serviços, garantindo a universalidade no acesso; buscar a reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo centrado no médico para uma equipe multiprofissional, capaz de produzir a escuta qualificada, responsabilização, vínculo e resolubilidade; além de qualificar a relação dos profissionais com os usuários, sob parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Almeida, Fausto e Giovanella (2011) contribuem com a discussão relacionando esta questão a visão de alguns profissionais de que a ESF não deveria contemplar esse tipo de atendimento, configurando-se, portanto, como um problema que tem dificultado a organização da porta de entrada.

A esse respeito, Albuquerque *et al.* (2014), acredita que o fato de o acolhimento à essa demanda ser feito por vários profissionais, não ficando restrito ao médico permite agregar diferentes abordagens e explicações sobre os adoecimentos, demandas e necessidades, possibilitando aos poucos a transposição da vertente medico-medicamentosa.

Embora se tenha evidenciado uma percepção negativa acerca do acolhimento por parte dos autores, essa estratégia quando pautada no diálogo ou escuta, constitui-se ponto forte do acesso, por facilitar a identificação das necessidades de saúde trazidas por aquelas pessoas que buscam o serviço (OLIVEIRA, et al., 2012; BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013), conseguindo em parte dar encaminhamento dos casos (MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014), sem necessariamente precisar resultar em consultas médicas (SILVA; VIEIRA, 2014).

Acrescenta-se a esse cenário de inadequações, a baixa integração entre os serviços dos diferentes níveis de atenção, como também mostrou Marin e cols. (2014), que debateram as repercussões negativas deste feito à continuidade e complementaridade do cuidado.

Segundo Albuquerque *et al.* (2014) “[...] parte dos usuários sai das UBS sem acesso garantido à consulta especializada”, o que decorre da “[...] baixa frequência na comunicação e discussão dos encaminhamentos entre as equipes de Atenção Básica e especializada”.

As falhas no controle de regulação, com longas filas de espera (FERNANDES et al., 2014; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010) e a contrarreferência praticamente inexistente (MARIN, MORACVICK; MARCHIOLI, 2014) trazem a tona essa dificuldade na integração entre os serviços e do papel da APS como coordenadora do cuidado, figurando a universalização da atenção em um sistema segmentado e desarticulado na cadeia organizacional do sistema público como um todo.

Em diálogo com o profissional de saúde do município de Fortaleza, este discute acerca da falta de comunicação “a nível de gestão, a nível de regional, com outras regionais, com hospitais terceirizados”, resultando em um fluxo deficiente, o que deixa muitos usuários desassistidos em suas necessidades.

Para a articuladora da APS do município a ampliação da cobertura assistencial nos últimos anos é perceptível, no entanto, emerge a reflexão quanto à qualidade desse acesso.

“[...] o acesso a gente sabe que as pessoas estão tendo, mas um acesso somente ele não vai garantir que a necessidade daquele usuário foi atendida, então hoje a gente tem trabalhado muito na questão da qualidade” (GRUPO II).

Fica claro, portanto, que não basta a existência dos serviços, mas o seu uso tanto no início como na continuidade do cuidado. Ou seja, os serviços precisam ser oportunos, contínuos, atender à demanda real e ser capazes de assegurar o acesso a outros níveis de atenção.

Almeida, Fausto e Giovanella (2011) propõem como estratégia para reduzir esta fragmentação a formação de um conselho gestor, por meio da articulação entre secretarias e serviços de saúde para a discussão coletiva dos problemas.

A nível local existia no município as rodas de conversas que contavam com a participação de todos os trabalhadores do serviço de saúde, em encontros semanais para debate acerca dos problemas existentes e meios para o seu enfrentamento.

Tesser et al. (2010) argumenta que essas iniciativas de abertura de espaços democráticos rotineiros de gestão do trabalho, como reuniões semanais das equipes de SF são essenciais para permitir acesso e atendimento das pessoas na longitudinalidade.

Contudo, segundo os profissionais de saúde entrevistados, essa estratégia potencialmente indutora de aproximações e formação de sujeitos críticos, atualmente vem ocorrendo apenas de forma individualizada entre os membros da equipe de Estratégia Saúde da Família, revelando retrocessos.

“[...] o termo roda era muito debatido na gestão anterior. A gente fechava a unidade um turno por semana para se reunir, para discutir os problemas. Na atual gestão não existe isso, as decisões são tomadas a nível central e de forma verticalizada a gente tem que obedecer. Sim senhor. Não pode dizer não senhor. Isso gera um desconforto por parte dos profissionais, porque nós somos obrigados a atuar de acordo com o que eles ditarem [...]”.

Ainda referente aos determinantes facilitadores, para uma parcela expressiva dos autores a expansão da oferta e a reorganização dos serviços de saúde, ocorridos nos últimos vinte anos, e, sobretudo, a partir da definição da ESF como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, viabilizou ampliação do acesso aos serviços da APS, principalmente pela maior proximidade entre estes serviços e a comunidade (ALBUQUERQUE et al., 2014; MARIN; MORACVICK; MARCHIOII, 2014; ALMEIDA; FAUSTO;

GIOVANELLA, 2011). Os coordenadores dos serviços de saúde da APS do município corroboram a isso, declarando que:

“[...] quando a gente entrou em 2006, como servidores havia pouquíssimas equipes de saúde da família e desde então houve novas contratações que resultaram, você deve imaginar, na ampliação do acesso [...]” (GRUPO II).

Os achados expostos até o momento, entretanto, revelam que a proximidade somente pode não ser elemento facilitador do acesso, já que envolve outros elementos como a informação, a qualidade do atendimento, a identificação da clientela com o serviço ofertado e as resistências apresentadas pelo próprio serviço de saúde.

O pertencimento ao território também foi reconhecido como critério organizacional legítimo para definir o acesso aos serviços locais (TRAD; CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2012), uma vez que a atuação em territórios, a lógica de vigilância à saúde e a ênfase no núcleo familiar permite planejar ações em coerência com a realidade local e melhorar a vida de comunidades (FARIA E CAMPOS, 2012), além de diminuir barreias geográficas de acesso e contribuir para que os serviços se tornem de uso regular (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

A experiência em quatro grandes centros urbanos mostrou que a expansão das equipes de Saúde da Família foi estratégia utilizada para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e organizar a porta de entrada do sistema, ainda que permaneçam problemas para garantia de acesso à população cadastrada (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Não precisar pagar para se consultar na unidade de saúde também foi considerado por gestores, profissionais e usuários como elemento facilitador ao acesso (REIS et al., 2013), o que é compreensível, visto os preços exorbitantes das consultas médicas particulares e a baixa renda da maior parte dos brasileiros que utilizam o SUS. Não obstante, vale ressaltar que a gratuidade é garantida pela Constituição de 1988, que reporta ao Estado a responsabilidade em prover acesso universal, integral e gratuito à saúde. A associação feita por estes sujeitos, no entanto, leva a reflexão de que talvez a incorporação desse direito, ainda não tenha ultrapassado a percepção de caridade.

Para se alcançar qualidade e conseqüente ampliação do acesso é necessária uma gama de atributos que perpassam principalmente pela

capacidade de gestores, profissionais e usuários em um diálogo constante, em visualizar entraves e caminhos efetivos a serem construídos e percorridos, tendo como aliado nesse processo os pesquisadores.

Reis et al. (2013) sugere para aproximar estes atores, o fortalecimento dos espaços de participação social nas unidades de saúde da família. Os quais poderiam ainda contribuir para a troca de experiência sobre as evidências, as inovações tecnológicas produzidas localmente e a sua aplicação social tendo ensejado também a ampliação do dialogo e a construção coletiva desses vários atores.

Vale ressaltar que não ficou claro nos artigos que compuseram esta revisão se houve devolutiva dos dados coletados aos seus colaboradores, tendo em vista que apenas Vargas *et al.* (2011) expos em sua investigação esta preocupação, o que, todavia, apresentou limites decorrente do retorno conduzido separadamente para comunidade e gestores, prejudicando a pactuação de acordos para resolver os problemas identificados e limitando o potencial da pesquisa em gerar mudanças.

A esse cenário soma-se a pouca percepção da contribuição das investigações científicas na ampliação e melhora do acesso. Sendo trazido como problemática principal a ausência de uma devolutiva dos pesquisadores dos resultados dos seus estudos. Desdobraram-se outros entraves referentes ao fluxo das investigações científicas, o que foi discutido no capítulo seguinte.

5.2 FLUXO DAS PESQUISAS EM SAÚDE: AVANÇOS E DESAFIOS PARA APLICABILIDADE NO COTIDIANO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Como estratégia de exposição, foram analisados os fluxos das pesquisas na rede estadual e municipal separadamente, reconhecendo de antemão a presença de conexões entre os mesmos, na perspectiva de introduzir elementos para um debate quanto à tradução do conhecimento científico em ação de saúde significativa.

5.2.1 Rede Estadual de Saúde

Priorização de tópicos

A preocupação e as discussões sobre a necessidade de direcionamento das pesquisas para os principais problemas sanitários do país são antigas no Brasil (CAETANO et al., 2010). Para tanto, a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA), representada pelo Núcleo de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (NUCIT) atua em parceria com a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), viabilizando o PPSUS-CE, ferramenta potencialmente indutora para que os principais problemas de saúde da população figurem entre as linhas prioritárias de investigação dos pesquisadores brasileiros, tendo a relevância sócio-sanitária como critério norteador para a definição dos temas prioritários de pesquisa (BRASIL, 2015).

“A nossa parceria é o PPSUS [...] somos nós que determinamos as linhas de pesquisa de interesse da secretaria de saúde do Estado” (GRUPO I).

Cabe à SESA, além de definir as prioridades de pesquisa, avaliar, acompanhar e incorporar os resultados. Voltando, contudo a etapa inicial, os temas e linhas de investigação, de acordo com as necessidades de saúde e as especificidades da população local são definidos em oficinas e conta basicamente com a participação de gestores e pesquisadores, apesar de se tratar de um convite aberto aos demais setores da sociedade.

“Nessa oficina estadual serão determinados esses eixos. Trata-se de um processo novo, participativo [...] nós convidamos pesquisadores e gestores e lá são debatidos os eixos temáticos a serem pesquisados [...] priorizamos a participação dos secretários municipais de saúde, mas na verdade esse é

um convite aberto à comunidade [...] basicamente quem mais participa é o pessoal da secretaria estadual de saúde e da academia” (GRUPO I).

Trata-se de uma etapa fundamental da operacionalização do PPSUS-CE, fortemente influenciada pelas bases constitucionais da criação do SUS, principalmente pelo dever do Estado em ofertar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, que resulta na composição do edital deste programa e conseqüentemente nas chamadas públicas da FUNCAP.

Pode-se inferir que a participação de pesquisadores nestes espaços garante, até certo ponto, que resultados de pesquisas sejam utilizados para embasar a tomada de decisão na priorização dos temas a serem investigados. A exposição dos achados e reivindicação de uma temática em detrimento de outra contribui como disparador de reflexões acerca dos problemas de saúde e quais necessitam de maior atenção, levando em consideração o princípio da equidade, tendo em vista as desigualdades ainda existentes no País.

O envolvimento, todavia, de apenas alguns segmentos da sociedade, limita a representatividade das necessidades locais, e estar em contrassenso com a PNCTIS que determina uma participação mais abrangente incluindo gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviço, usuários, agências de fomento, órgãos formadores, pesquisadores, o setor produtivo e a sociedade civil organizada (BRASIL, 2008).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS), representante do controle social, se omite em participar desse espaço democrático, como alega o assessor estadual, pelo fato das pesquisas ainda estarem muito restritas à academia.

“O conselho não tem ainda um despertar para essa área, apesar de ser convidado. A gente percebe que eles não vinculam a pesquisa à prática, como se fosse algo só para a academia, talvez porque exista essa desconexão de eles não verem algo que foi aplicado na prática.”

Esse abismo entre instituições acadêmicas e os serviços de saúde, ou seja, entre o saber e o fazer, também foi percebido pela articuladora da APS: “[...] eu percebo que ainda há uma separação entre o meio acadêmico e o cotidiano do trabalho [...]”.

Implica-se a esse distanciamento entre produtores de conhecimento e usuários dos resultados de pesquisa, entre outras coisas, a maior valorização

da ciência no interior das instituições de pesquisa do que no âmbito do governo ou da sociedade civil (NORONHA, et al., 2009). Além disso, existe um sério problema no compartilhamento dos achados das pesquisas, que como sinaliza Barreto (2013) permanece em uma semiobscuridade a sociedade e aos cidadãos que não são membros das comunidades científicas e, que, em última instância, as financiam, sendo na maioria das vezes apenas conhecido por um restrito número de investigadores, o que agrava a situação.

Voltando ao convite aberto à comunidade e a pouca participação dos representantes dos usuários questiona-se se esta convocação de fato ocorre e se sua presença não se faz apenas para suprir uma exigência legal e não para garantir o direito de inclusão de todos os atores sociais no processo decisório em saúde.

É notório, no entanto, que as implicações para esta questão são mais amplas e estão relacionadas às fragilidades dos conselhos de saúde e a crescente perda de protagonismo de seus conselheiros que sentem que sua atuação serve apenas para legitimar as decisões tomadas *a priori* pela SMS (COTTA et al, 2011; CAMPOS et al., 2014). Dessa forma, as evidências demonstram que a existência formal dos espaços de controle social não garante a participação política (MARTINS ET AL. 2008).

Ainda há muita dificuldade em promover e sustentar um diálogo constante entre produtores de conhecimento e seus potenciais consumidores. O envolvimento da sociedade, no entanto, desde o planejamento deve ser cada vez mais enfatizado para o melhor aproveitamento das ações de pesquisa em um País com insuficientes recursos e que precisa saber usá-los bem (DANTAS, 2004).

Fomento e monitoramento

A supressão da participação dos diversos segmentos sociais se estende ao processo de apreciação das pesquisas submetidas à FUNCAP, que ocorre a partir da visão de pareceristas *ad hoc* imparciais à realidade de saúde local. Esta opção contribui no prejuízo à utilização do conhecimento científico na prática.

“Existe uma dificuldade na avaliação do projeto, porque não envolve a secretaria, envolve pessoas de fora, especialistas,

que nem sempre conhecem a realidade local e assim, há um descasamento; aí, talvez, é onde esteja a maior falha” (GRUPO I).

O discurso do assessor estadual revela ainda a desarticulação entre o corpo técnico do NUCIT, a agência do fomento, gestores do SUS e coordenadores das propostas de pesquisa, na determinação dos critérios avaliativos a serem adotados e na análise da aplicabilidade no sistema de saúde, no sentido de assegurar sua relevância para a melhoria das condições de saúde da população.

Este espaço se fosse efetivo, diminuiria a distância entre as necessidades de gestão e os interesses da academia e propiciaria melhor articulação política entre os atores envolvidos, uma vez que iriam ser identificadas as lacunas necessárias para a viabilização e início dos projetos. Permitiria ainda ajustes nos projetos selecionados antes de sua contratação, o que é dificultado além do fator elencado acima, pela necessidade de empenho do recurso no mesmo ano.

Desta forma, a configuração atual do fluxo das pesquisas em saúde no estado revela-o fragmentado, reducionista e, portanto, pouco eficiente. Esta fragmentação foi justificada acima, porém ganha ênfase a cada fala do entrevistado, como demonstra o discurso a seguir:

“Nós só voltamos a fazer parte do processo na apresentação, quando a pesquisa já está pronta e nós não podemos mais opinar, não podemos dizer: ah, mas isso poderia ser mais bem direcionado para isso” (GRUPO I).

Como consequência deste fluxo intermitente e do pouco envolvimento dos interessados, as pesquisas aprovadas no edital do PPSUS-CE, apesar de estarem dentro das linhas de prioridade previamente estabelecidas perdem o olhar dos tomadores de decisão em saúde e acabam sendo operacionalizadas conforme a conveniência do pesquisador.

Disseminação de achados e recomendações

Tão importante quanto definir prioridades na pesquisa em saúde é garantir que o conhecimento gerado e as intervenções sanitárias resultantes sejam efetivamente incorporados em políticas e ações de saúde pública (MOREL, 2002).

Na etapa de apresentação dos resultados alcançados pelos pesquisadores em seus estudos, novamente a participação é carente. Dessa maneira, as expectativas iniciais de produzir conhecimento alinhado às necessidades, que pudesse ser incorporado aos serviços públicos de saúde do estado, acabam frustradas.

“[...] nossa expectativa era que essas pesquisas pudessem ser mais voltadas à realidade do sistema local, porém quando nós nos deparamos com os resultados nem sempre eles estão alinhados com o que o sistema local poderia utilizar” (GRUPO I).

Isso por que, como advogam Sauerborn; Nitayarumphong; Gerhardus (1999) somente quando as necessidades de todos os atores são levadas em consideração, desde a fase inicial de planejamento até a implementação dos projetos e disseminação dos resultados, é que a pesquisa tem alguma chance de influenciar as políticas de saúde, o que ainda não é garantido, por se tratar de um processo complexo, árduo, dispendioso, e algumas vezes extremamente demorado (MOREL, 2004), mediado por fatores políticos, culturais e sociais mais amplos (DANTAS, 2004).

Por conseguinte, seria pertinente o envolvimento de pesquisadores, gestores, profissionais e usuários de modo contínuo durante todo o fluxo para melhor racionalização e direcionamento das ações. Com isso minimizaria o risco de descompasso entre a resposta da pesquisa frente a uma necessidade de gestão do SUS.

“Para a tomada de decisão, eu acho que as pesquisas deveriam envolver um pouco mais os decisores, ou seja, deveriam ser focadas na sua necessidade, no que ele precisa, prioriza e não na realidade do pesquisador, então, eu percebo essa desconexão” (GRUPO I).

Os seminários para avaliação e acompanhamento deveriam ser utilizados no convencimento da sociedade e dos políticos sobre os méritos das propostas investigativas, e ainda na tradução desse conhecimento, por meio, até mesmo, como sugere Novaes e Elias (2013) de resumos executivos, o que não vem ocorrendo na prática, tornando-se outro entrave à aplicabilidade.

“Essa seria a hora para que o pesquisador vendesse o seu projeto, tentasse conquistar o gestor para estar assumindo o seu projeto [...]” (GRUPO I).

“Quando a pesquisa chega, o decisor ele ver alguns resultados, mas, às vezes é algo estranho para ele e não há uma etapa de repasse de como se aplica, das limitações e potencialidades desses resultados, aí é outro gargalo forte na aplicação” (GRUPO I).

O escasso uso das pesquisas para subsidiar as políticas públicas no Brasil ocorre, segundo o assessor estadual, em parte pela falta de uma visão de aplicação prática das pesquisas, desse modo produzem-se prioritariamente estudos teóricos, que apesar de contribuírem em longo prazo, não respondem as prioridades urgentes, que exigem maior brevidade.

“No Brasil, o pesquisador trabalha dentro do estado da arte, dentro de uma visão conceitual e teórica; apenas alguns têm essa aproximação com a decisão, com a realidade prática, com o mercado. Então é um problema estrutural da pesquisa brasileira. Se você for analisar o que se gasta em ciência e tecnologia no Brasil e o que se gera, por exemplo, patente, registro de produto é ínfimo, então é uma questão estrutural de uma nova visão” (GRUPO I).

Celino et al. (2013) advertem, nessa perspectiva que os conhecimentos produzidos cientificamente se apoiam muito nos interesses do próprio pesquisador, cuja intenção nem sempre é contribuir para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população.

O assessor municipal, a articuladora da APS e os gerentes dos CSF discordam deste conceito e relatam que o relevante não é que a pesquisa seja operativa, mas que de fato ela obtenha resultados capazes de despertar a conscientização sobre determinada questão e a partir daí guiar a tomada de decisão.

“[...] a pesquisa não precisa necessariamente dizer o que o gestor deve fazer, mas que a partir daquele resultado ele possa refletir e tomar as decisões necessárias” (GRUPO I).

“[...] a pesquisa chama a atenção para determinadas situações que você não está mais percebendo, então é neste sentido que a gente utiliza, para fazer uma reflexão do que está posto para a tomada de decisão [...]” (GRUPO II).

“[...] eu não acredito que uma coisa dessas que está lá a informação, vindo como acontece, que isso não possa gerar uma linha de pensamento, uma discussão [...]” (GRUPO II).

Souza e Contandriopoulos (2004) dialogam que a formulação de conceitos fecundos, capazes de aprofundar a compreensão de uma dada realidade, e assim, provocar mudanças de comportamentos e atitudes de

pessoas ou organizações, é muitas vezes, a maior contribuição da ciência que nem sempre se ocupa em oferecer respostas definitivas e universalmente aplicáveis.

É certo, que em alguns campos da atividade científica não se espera outros produtos que não sejam as publicações e as suas citações, porém de outra parte das atividades científicas e mesmo do projeto científico geral espera-se que gere benefícios palpáveis sobre diferentes aspectos relacionados com a vida e com o bem-estar das sociedades (BARRETO, 2013).

Uma crítica que se faz presente na atualidade e que inclusive foi temática discutida no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva do ano de 2015 refere-se à *deficiente ciência da avaliação científica*, baseada no número de publicações, número de citações, fator de impacto das revistas científicas, índice-h dos pesquisadores ou das revistas, entre outros, como indicadores da produtividade e do desempenho de cientistas e instituições de pesquisa. Todas essas métricas puramente bibliométricas, entretanto, não mensuram nenhum impacto das ciências sobre o mundo real.

Esse enviesamento das ações de pesquisa é discutido por Fortuna et al. (2011). Segundo estes autores o projeto inicial seria criar respostas ao sofrimento e à dificuldade humana, porém tal intenção acaba corrompida pela lógica da mais-valia, do lucro, da autoria individual, do poder, criando a disputa por currículos robustos, por patentes lucrativas, por financiamentos e citações internacionais.

Não se trata, contudo de criar justificativas para o laxismo de pesquisadores que devem sim ser incentivados, e mesmo cobrados, a publicar (CAETANO et al., 2010). A problemática no atual regime de produtividade que norteia as avaliações acadêmicas no Brasil e em muitos outros países, como argumenta Bosi (2012) repousa no seu direcionamento, como ocorre de forma semelhante em outros setores de políticas sociais, na não valorização de produtos voltados a contribuir com os sistemas de saúde e na resolução dos problemas nacionais, mas naquilo que se mostra “lucrativo” no mercado globalizado das publicações, aprofundando a dificuldade de apropriação das pesquisas pela sociedade, ainda que financiadas com recursos públicos,

ficando destarte, a responsabilidade social na produção e divulgação do conhecimento em plano secundário.

Por meio das falas dos gerentes dos serviços de atenção primária é possível perceber que os mesmos também compartilham deste entendimento, como se a finalidade do saber produzido fosse tão somente repousar em volumes nas prateleiras das universidades ou nos currículos dos pesquisadores, resultando na perda de interesse em colaborar com pesquisadores e progressivamente em prejuízos à legitimação da pesquisa em saúde.

“[...] o pesquisador faz a pesquisa, mas no final a preocupação maior, por conta da própria universidade é terminar e publicar, porque a cobrança, muitas vezes é da publicação [...] O que eu vejo nos serviços é que muitos profissionais não querem mais nem responder as pesquisas. Eles dizem: ‘você faz o seu trabalho, recebe seu título e depois você vai embora e a gente continua do mesmo jeito, não muda nada, isso não me traz nenhum benefício, então por que eu vou ficar aqui respondendo?’ Então assim, desestimula, porque a gente ver que não está sendo valorizado” (GRUPO II).

Ademais, a questão da apropriação social não é meramente técnica; é ético-política (BOSI, 2012), assim, deve-se considerar que o pesquisador tem um compromisso social com seus estudos, principalmente no que se refere a projetos financiados pelo PPSUS, que tem como objetivo contribuir com a política de saúde local (CELINO, et al, 2013).

“[...] aí vem outra estrutura por trás, por exemplo, o próprio MEC ele valoriza a publicação e não a aplicação, então quanto mais o pesquisador publica mais é reconhecido como um grande pesquisador. Em nenhum momento o MEC diz: ‘olhe tá aqui tantos registros de produtos, tantas aplicações práticas’. Dessa forma, o sistema de ciência e tecnologia do País é mais de desenvolvimentos de teorias e ainda está embrionário de aplicação” (GRUPO I).

Segundo o assessor estadual, seria significativo, que os pesquisadores, ao invés de apenas tecer julgamentos, apontassem caminhos para a resolutividade de determinados problemas de saúde da população, diante das muitas demandas que se apresentam ao gestor e da urgência na sua resolução, o que faz com que ele opte por estratégias já prontas que produzem resultados instantâneos, porém superficiais. Ou ainda contrate consultorias, como vem ocorrendo na atual gestão pública de Fortaleza, desperdiçando o dinheiro público, tendo em vista o grande investimento em

pesquisa no Brasil, seja diretamente no fomento de projetos ou indiretamente na concessão de bolsas de pesquisa.

“O decisor ele precisa muito de coisas com aplicação prática, porque ele tá no dia a dia e não tem como ficar analisando possibilidades, probabilidades, novos caminhos, não há tempo de ficar pensando muito, porque existem muitas prioridades. Ele precisa aplicar ali para resolver, então tem que vir um produto mais ou menos completo ou que tenha relevância para que ele possa aplicar, se não ele vai e utiliza outras ferramentas, mesmo que não sejam eficientes, mas que estejam prontas. Aí eu acho que é sim o papel do pesquisador chegar a realidade dele” (GRUPO I).

As propostas, quando são feitas, ficam restritas aos relatórios, nem sempre compartilhados com gestores e usuários. Sua apresentação, muitas vezes cumpre apenas uma formalidade exigida no formulário padrão de apresentação do seminário e até mesmo no projeto, no qual o coordenador já teria que apontar a aplicabilidade de sua pesquisa para o SUS; ou ainda em artigos científicos pouco acessados por estes atores, o que já foi discutido anteriormente.

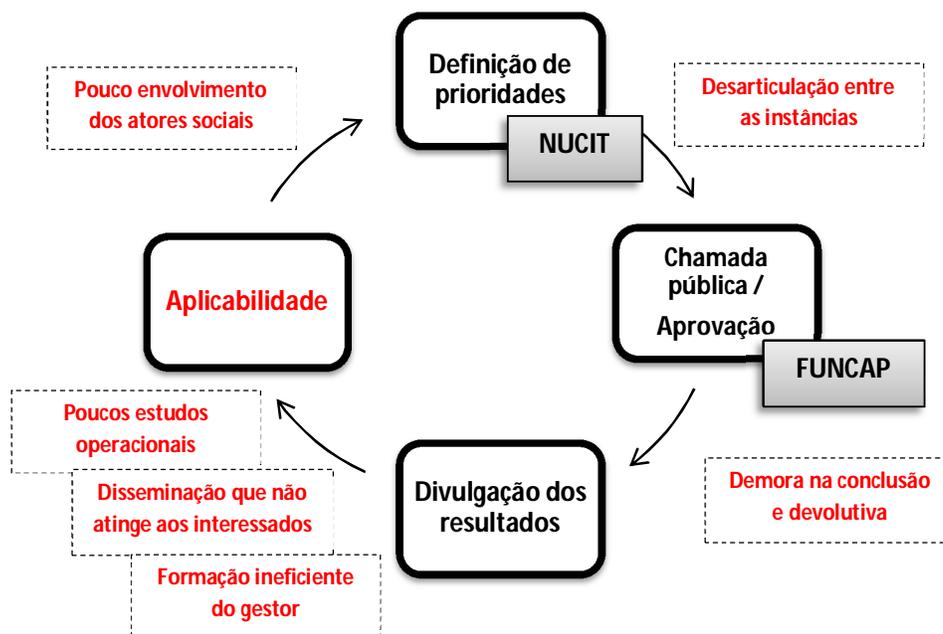
Destarte, ainda não é clara a extensão da contribuição das ações de tradução, comunicação e promoção do uso das pesquisas, para a efetiva utilização dos seus resultados como subsídio à formulação das políticas de saúde (GUIMARÃES, et al, 2012).

Além dos nós críticos discutidos até o momento para integrar a evidência ao processo de tomada de decisão, como: fragmentação no fluxo, insuficiente integração dos setores, pouco envolvimento dos segmentos sociais nas decisões e divulgação que não atinge aos decisores, a insensibilização dos gestores brasileiros quanto ao potencial transformador das pesquisas, o que se traduz no pouco interesse em desenvolver estratégias para garantir sua utilização foi citada e vale a reflexão quanto à formação destes profissionais e se a pesquisa é trazida nesta perspectiva. Modificar os currículos seja, talvez, o ponto de partida para mudanças culturais e sociais quanto ao uso das pesquisas.

“[...] poucos decisores tem o horizonte de que podem se instrumentalizar melhor para a sua gestão, a partir das pesquisas [...] eles percebem a pesquisa como algo restrito à academia, e aí não se envolvem, não participam [...] talvez eles ainda não tenham essa percepção, essa sensibilidade de que a pesquisa pode lhe ajudar na sua prática” (GRUPO I).

A figura a seguir representa o fluxo das pesquisas em saúde no Estado e aponta seus muitos nós críticos discutidos até o momento.

Figura 6. Representação do fluxo das pesquisas em saúde no Estado e seus nós críticos



Fonte: Elaboração própria.

5.2.2 Rede Municipal

O processo de descentralização no incentivo e fomento às pesquisas em saúde ainda não alcançou a esfera municipal, apesar das iniciativas do Governo Federal, como o PPSUS. Reflexo disso é a incipiente participação do município neste processo e a comunicação precária estabelecida com o Estado, como explicitado nas falas abaixo:

“[...] o município ele é convidado para o seminário que cria os eixos temáticos, então ele pode demandar lá um eixo temático, mas não existe uma interconexão entre esses sistemas de pesquisa estadual e municipal [...]” (GRUPO I).

“[...] no seminário final, o município também pode estar lá, mas não é algo institucionalizado” (GRUPO I).

Uma das razões para este cenário é que não havia antes no município um órgão que centralizasse o planejamento, coordenação, monitoramento e gerência das atividades da pesquisa em saúde. O Sistema Municipal Saúde

Escola (SMSE) implantado em 2005, quando a SMS de Fortaleza adotou a ESF como estruturante da rede de serviços do SUS no município, deu os primeiros passos no sentido de integrar ensino, pesquisa e serviço e efetivar esta estratégia na formação e educação permanente.

A incorporação da pesquisa à consagrada “integração docente-assistencial”, segundo Graham e cols (2006), contribui não somente para a melhoria da formação e da educação permanente em saúde, mas também para fortalecer a gestão do conhecimento.

Contudo, apesar do crescimento e reconhecimento alcançados, decorridos alguns anos, a inserção da pesquisa nesse programa de integração parece ainda episódica. Tanto que a sistematização para apreciação dos projetos de pesquisa propostos pelas instituições de ensino superior e institutos de pesquisa em Fortaleza ainda é recente e surgiu num momento de mudança da gestão, a partir do reconhecimento da fragmentação dos processos nesta área.

Como mostra a fala do assessor municipal não havia anteriormente no município, *“um órgão que centralizasse, digamos assim, a análise desses projetos, então o fluxo era definido por influência, ou seja, se a pessoa desejasse fazer um estudo na regional II, por exemplo, ela procurava a pessoa responsável lá e após autorização desta o estudo era realizado”*.

A criação da COGETS, então marcou o início da estruturação de um fluxo para avaliação das pesquisas para execução nas unidades da Rede Municipal de Saúde e se deu concomitante a implantação da Plataforma Brasil, em 2011, refletindo o interesse compartilhado em regular o recebimento desses projetos.

Entre as propostas da Plataforma Brasil está a de fornecer as instâncias que compõem o controle social informações suficientes para o acompanhamento da execução das pesquisas e da “Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde do Brasil” (BRASIL, 2009; BRASIL 2015), não obstante, o que se percebe na prática é um acompanhamento restrito aos detentores de informações específicas do estudo (título, pesquisador principal, instituição proponente, data de início e fim) que são, na maior parte das vezes, os próprios pesquisadores, o que configura o não cumprimento de seu papel

em fornecer à sociedade acesso aos dados públicos de todas as investigações aprovadas.

No que concerne aos estudos realizados junto às unidades de saúde pertencentes à SMS, a COGETS, atua como instituição coparticipante e, por conseguinte, assume a corresponsabilidade por sua realização, conforme recomendação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Esta coordenadoria conta com um único assessor técnico, com função de revisar e analisar os projetos protocolados no que concerne ao mérito científico, à obediência aos preceitos éticos e à relevância social do estudo com o propósito de fomentar, no âmbito da SMS, a produção de conhecimento no campo das Ciências da Saúde que propicie benefícios para as políticas de saúde e para os usuários da Rede Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2015).

“[...] nós sistematizamos um processo para a avaliação das pesquisas e o objetivo seria verificar, digamos assim, não só a relevância social da pesquisa, mas também o mérito científico dela e a possível aplicação desses resultados para as políticas de saúde do município [...]” (GRUPO I).

Dentre os impasses para a anuência, o assessor municipal apontou como principal causa incompatibilidades metodológicas e relatou que os itens mais revisados são *“[...] aqueles itens básicos: [...] capa definindo quem são os pesquisadores e o título, uma introdução explicando ou definindo a pergunta da pesquisa, objetivos bem claros, o método com pelo menos o tipo de estudo, local, cenário, participantes, a população em amostra, se for o caso, os procedimentos de coletas de dados, de análise de dados e os aspectos éticos, além de obviamente as referências, os instrumentos que serão utilizados, os termos de consentimento, o termo de fiel depositário [...]” (GRUPO I).*

Esse destaque na conformação estrutural do projeto pode estar relacionado à insegurança na ponderação das perspectivas qualitativas e quantitativas, as quais não contemplam o “julgamento” de uma única pessoa, ou órgão, mas, por sua complexidade, deveria envolver todos os interessados.

O que ocorre na realidade, todavia, é que durante o processo de análise que dura em média dez dias *“[...] não há uma divulgação plena das pesquisas para os gestores”* e para os diferentes setores sociais estratégicos, e assim, as investigações vão fluindo parcialmente invisíveis àqueles que

poderiam direcionar os estudos às necessidades de saúde e assim, fortalecer sua utilização.

Após esse período, aguarda-se o contato do pesquisador para conhecimento da aprovação ou da necessidade de ajustes. Uma vez aprovado emite-se “[...] a declaração de anuência da secretaria de saúde como coparticipante do estudo, bem como ofícios direcionados aos diversos setores ou unidades desta secretaria [...]” (GRUPO I), recomendando a entrega de uma cópia do projeto para que emitam seu parecer quanto à viabilidade e relevância do estudo.

Percebeu-se, contudo que há incoerência entre o conteúdo do documento emitido e o discurso do assessor técnico da COGETS, pois segundo este “a aprovação desde que foi sistematizado o processo é centralizada nessa coordenadoria”, logo essa solicitação deveria se dar no decorrer da apreciação, em um espaço de compartilhamento de experiências, com a participação de gestores, gerentes, profissionais e conselheiros de saúde.

A fala de um dos técnicos da educação permanente, principal articulador entre a COGETS e as CORES, demonstra essa contradição, pois como declara, quando a pesquisa chega a regional não se trata de uma “questão de aprovação e sim de conhecimento, pois se está aprovado é porque reconheceram que a pesquisa é relevante [...]”.

Depreende-se das narrativas dos técnicos que os mesmos não se reconhecem como parte do processo, da aprovação à aplicação das pesquisas, sendo sua atividade descrita como mais uma etapa burocrática de conferência da documentação exigida e de “[...] encaminhar o pesquisador para as unidades com um cliente”.

“Quando o pesquisador tem um estudo aprovado pelo comitê de ética e que já recebeu um parecer favorável da COGETS, ele procura a regional. Aqui eu tiro uma cópia e informo aos gestores, e aí a pessoa entra em contato com o serviço para agendar a coleta. Então o papel da educação permanente, basicamente, é fazer esse intermédio entre a academia e o serviço” (GRUPO I).

A ênfase na atualidade nos aspectos institucionais revela os descaminhos na construção de sujeitos políticos (FLEURY, 2009). Deste modo, vivenciamos um processo de ‘desconsciência’ sanitária, uma perda de

identidade como sujeitos ativos, participantes e corresponsáveis pela consolidação do SUS. Trata-se, portanto, de uma comunidade pacífica de revoltados.

Alguns fatores como a não inclusão desses sujeitos nos processos decisórios desde o início, o que não gera o empoderamento e reconhecimento do potencial das pesquisas em gerar reflexões e mudanças das práticas, a descontinuidade do processo de trabalho na mudança da gestão e a sobrecarga devido ao somatório com outras atividades inconciliáveis com a educação permanente, podem ser apontados como disparadores para esta concepção, além de influenciarem negativamente na corresponsabilização de todo o fluxo, principalmente no que se refere à sua implementação no cotidiano do SUS.

“A pessoa que era responsável pela educação permanente saiu e a única coisa que ela me passou foi sobre um curso que estava em vigência. Ela disse que eu fosse pegando com o tempo, então ficou uma coisa muito solta” (GRUPO I).

“[...] eu sou responsável pela educação permanente também e por mais três áreas específicas” (GRUPO I).

Ainda neste contexto, estes profissionais assumem a função de técnicos da educação permanente, no entanto, na maior parte dos casos não há adequação com a formação acadêmica, o que dificulta o planejamento e a execução adequada das ações específicas. Logo, faz-se relevante para atuação neste cargo uma compreensão e uma relação mais íntima com o ambiente da pesquisa científica.

Além disso, não recebem treinamento prévio e assim, os processos vão sendo aprendidos ao mesmo tempo em que se desenvolvem, restando pouco tempo para avaliação e desenvolvimento de ações corretivas, que quando ocorrem perdem espaço, caso haja mudança na gestão, pelo compromisso político partidário, em detrimento do benefício coletivo.

Emergiu ainda das narrativas outro obstáculo no que concerne ao fluxo das investigações, uma vez a CORES só tem conhecimento das pesquisas aprovadas quando o pesquisador procura o órgão, como descreve a fala da técnica abaixo:

“[...] o pesquisador é que vai ser o portador do documento, a secretaria envolvida, por exemplo, só autorizará a realização do estudo, após a constatação do documento que foi emitido

por essa coordenadoria autorizando a pesquisa [...]”, sendo “[...] esse ofício o link entre a COGETS e a regional” (GRUPO I).

Essa organização distancia e denuncia fragilidades na comunicação entre essas instâncias, atrapalhando a tomada de decisão para viabilização das necessidades de saúde nos territórios pesquisados, no entanto, ao mesmo tempo promove aproximação entre os pesquisadores e as regionais, possibilitando nesse encontro o estabelecimento de vínculos que podem ser fundamentais para a devolutiva e utilização dos resultados dos estudos. Os discursos a seguir, entretanto, revelam que na prática isso não ocorre:

“[...] a gente não tem esse feedback, essa informação do que foi coletado nas unidades e que mostra a realidade dos serviços” (GRUPO I).

“[...] a gente recebe todos os dias pesquisadores, mas não se volta para dar um feedback do que foi pesquisado, e eu acho que isso é importante porque se produz muita coisa na academia, mas na prática essas coisas ficam muito...depois guarda-se lá na biblioteca da universidade e lá fica” (GRUPO III).

“[...] até nos termos diz que depois o pesquisador deverá retornar com os resultados. Se você for ver deve ter uma caixa aqui cheia de solicitações de pesquisa. Quantas de resultado têm? Eu não conheço nenhuma [...] É uma coisa até para a academia pensar?” (GRUPO I).

Os profissionais de saúde compartilham dessa frustração de não haver retorno dos pesquisadores após a conclusão do estudo para o debate construtivo. Há a percepção de que os pesquisadores são guiados por interesses próprios, o que leva ao descrédito do instrumento investigativo como potencializador de mudanças.

“[...] já fui convidada, mas nenhuma de certa forma assim... as pessoas chegaram até nós para nos mostrar os resultados para que a gente através deles pudesse modificar a nossa prática” (GRUPO III).

“[...] eu não vejo muito interesse dos pesquisadores em ver o sujeito da pesquisa e o local onde vai ser influenciado o processo. Eles estão mais focados na pesquisa deles, em terminar o curso e acabou, porque era para voltar, dar um retorno, mas não tem não” (GRUPO III).

A comunicação dos resultados, entretanto, é parte primordial da pesquisa, logo, sua escassez pede a reflexão quanto à existência de um

momento para esta finalidade e se existem esforços no sentido de efetivá-lo, ou seja, disponibilidade de espaço físico, horário, da participação de gestores e o interesse dos pesquisadores. Não há aqui a intenção de apontar responsáveis, pois como sociedade, todos possuem o direito e dever de decidir e monitorar as políticas e os meios que colaboram a sua configuração, no caso, aqui discutido, as investigações científicas.

Importando um conceito da assistência e adaptando a esta realidade, o acolhimento poderia ser pensado, nessa perspectiva. Seu objetivo ali encerra ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho (TAKEMOTO, 2007); para o uso das pesquisas, contudo, o escopo seria possibilitar um espaço para conversa, apresentação dos objetivos do estudo, identificação daqueles mais relevantes às necessidades dos serviços e ainda reconhecimento dos pesquisadores comprometidos, permitindo, aí, o estabelecimento do vínculo, baseado na corresponsabilização sobre os achados do estudo, rearticulando pessoas e ações em torno deles.

As CORES, no entanto, não dispõem de estrutura para isso, sendo que em muitas idas a estes campos, o cenário era de aglomeração e encurralamento. A ausência de um método institucionalizado de cobrança foi relacionada a este impasse, como mostram os discursos abaixo:

“[...] eu sinto falta de uma coisa mais amarrada, está entendendo, fica muito livre [...]” (GRUPO I).

“[...] eu e a técnica da educação permanente já discutimos que deveria ter à nível da COGETS alguma institucionalização para estar utilizando os resultados das pesquisas de forma sistemática [...]”(GRUPO II).

Intensificado pela compreensão de imparcialidade do técnico da educação permanente na cobrança dos resultados, sendo atribuída esta tarefa à COGETS.

“Não há uma estratégia institucionalizada para que a gente cobre o retorno para apresentação dos resultados das pesquisas, não que eu conheça. Mas aí já é com a COGETS” (GRUPO I).

“Essa cobrança com relação ao retorno da pesquisa fica mais vinculada à COGETS, que é responsável por organizar um momento para a devolutiva” (GRUPO I).

Essa crença de neutralidade frente à disseminação e apoio a aplicação dos resultados de pesquisa é compartilhada ainda com pesquisadores e usuários (LUNARDI, 2009).

Não há uma obrigatoriedade formal para a devolução dos resultados das investigações, sendo seu retorno baseado na ética do pesquisador. Evidentemente, exigir não é o suficiente, mas pode e deve ser utilizado como oportunidade para o reconhecimento e utilização dos produtos dos estudos científicos. Cabe a COGETS como órgão que centraliza a gerência deste processo, tornar real esta disseminação.

“[...] O documento que é emitido diz que o pesquisador se compromete a devolver os resultados, só que eles se esquecem dessa questão, e a gente não tinha uma ferramenta para cobrar essa devolução. Agora nós aguardamos certo tempo, dependendo do tipo de estudo, tempo suficiente para que ele tenha sido concluído, para realmente cobrar essa questão, de maneira que esses achados possam ser aproveitados em relação às políticas municipais de saúde [...]” (GRUPO I).

Em se tratando de pesquisas envolvendo seres humanos, essa obrigação ética do retorno é apreciada na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que determina:

“[...] as pesquisa em comunidade sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão. Quando, no interesse da comunidade, houver benefício real em incentivar ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre que possível, disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades. Comunicar às autoridades competentes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social, os resultados e/ou achados da pesquisa, sempre que estes puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade [...] assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.”

É sabido que a divulgação dos resultados de pesquisa à sociedade contribui para o desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas como ação de promoção da saúde, visto que esclarece a população quanto à sua própria saúde (WHYTE, 2005) e aumenta a possibilidade do exercício de controle social (CELINO, et al, 2013).

Não obstante, apreende-se das narrativas dos colaboradores deste estudo que a comunicação não vem ocorrendo de forma efetiva, visto que não é percebido um impacto relevante das investigações científicas produzidas. Logo, seria expressivo ampliar a divulgação a outros meios de comunicação de massa, com maior capilarização da informação.

“Podia haver um entendimento entre as instituições de ensino e os serviços para ter um jornal, por exemplo, ou um e-mail, enfim, algum meio que facilitasse a divulgação desses resultados” (GRUPO II).

Além disso, os técnicos mais uma vez expõem a debilidade na relação com a COGETS, referindo ausência de orientação nesse sentido *“[...] não recebi ainda nenhuma orientação da COGETS com relação à devolução de pesquisas. Eu acredito que deve ser uma responsabilidade do pesquisador”*.

A ligação do conhecimento disponível com a implementação efetiva inclui muitos atores e todos contribuindo. Sem eles, a ação pode ter um impacto reduzido ou até mesmo não acontecer. Desse modo, é primordial pensar em conjunto estratégias de aproximação, na perspectiva de estreitar os laços e favorecer um diálogo entre pesquisadores, gestores, profissionais e usuários para produzir e sistematizar informações necessárias aos processos de tomada de decisão de incorporação de resultados de pesquisa no SUS.

Uma estratégia está sendo pensada na perspectiva de estruturar um cadastro de todos os pesquisadores que submeteram suas investigações à COGETS, para que após um período, se este não se pronunciar espontaneamente, a coordenadoria entre em contato para propor a apresentação dos resultados da pesquisa.

Este vem sendo o mecanismo utilizado por algumas regionais, mas não se configura ainda como atividade institucionalizada e parte da iniciativa de cada técnico, o que varia, entre outros fatores, com o vínculo empregatício deste trabalhador, pois *“[...] existem profissionais que são terceirizados, então assim, tem muitas nuances, o interesse ele é muito associado a sua valorização enquanto profissional” (GRUPO I).*

A precarização dos vínculos trabalhistas cada vez mais norteiam as contratações no município de Fortaleza e trazem implicações complexas, com prejuízo na corresponsabilização das atividades desenvolvidas, o que se

intensifica no campo da pesquisa pela demora na verificação de suas consequências, que segundo Dantas (2004), podem levar décadas. “[...] o retorno para a gente perceber não é de médio ou curto prazo, é em longo prazo.”

No ofício de aprovação e direcionamento às regionais de saúde há a recomendação para que o pesquisador apresente oralmente e por impresso os resultados do estudo para a COGETS para compor uma biblioteca, entretanto, tal proposta ainda é uma pretensão dessa coordenadoria e não ocorre na prática.

“[...] ainda não existe esse momento. À medida que entrarmos em contato com os pesquisadores perguntaremos se há o interesse em apresentar esses resultados pra gente [...] Então quando detectarmos que os estudos já foram concluídos seja de forma espontânea ou por contato, eles serão agendados para serem apresentados para uma comissão, seja aqui nessa coordenadoria, ou se for uma coisa mais interessante para um setor específico e não para o município como um todo, uma regional, por exemplo, poderá ser apresentado naquele local ou podem ser convidados para que compareçam aqui” (GRUPO I).

Esta também é a compreensão das técnicas de educação permanente e da articuladora da APS que acreditam que nesse espaço de compartilhamentos poderá ser oportunizado o retorno e a identificação dos estudos que apontem resultados relevantes às necessidades dos serviços investigados e que podem ser utilizados. Podendo ainda contribuir na formulação de políticas, a partir das dificuldades identificadas.

“[...] quando as pesquisas começarem a ser apresentadas na COGETS, nesse momento as regionais deveriam ser convidadas, e aí a gente conseguiria realmente dar um retorno do que foi feito [...] e as que a gente identificasse como relevantes, levasse até os serviços” (GRUPO I).

“Para a formulação de políticas seria ótimo se juntassem e fizessem uma devolutiva para as unidades e os gestores” (GRUPO II).

Sarti, Claro e Bandoni (2011) e Anjos e Burlani (2010) enfatizam que a pesquisa pode fornecer elementos para tomada de decisão e propostas que incidem na elaboração de estratégias para a resolutividade dos problemas de saúde da população. A articuladora da APS argumenta que para que isso ocorra de fato é relevante pactuar a participação de decisores da SMS, de

modo a facilitar “[...] a discussão acerca dos resultados de pesquisa e uma posterior implementação [...]”, visto que há uma hierarquização na tomada de decisão.

“[...] se faz uma coisa de forma pontual fica muito na questão apenas da reflexão sobre os resultados, mas se é uma coisa institucionalizada, inclusive com a participação de gestores à nível central, porque dependendo dos resultados a gente não tem o poder de colocar em prática, possibilita realmente a implementação do que está sendo proposto” (GRUPO II).

Uma iniciativa independente da COGETS, partilhada pelos técnicos da educação permanente e pela articuladora da APS, na tentativa de superar o uso incipiente das pesquisas é, a priori identificar os estudos sensíveis às necessidades dos serviços de saúde e posteriormente organizar um espaço para apresentação aos coordenadores dos serviços e profissionais de saúde, de modo a despertar uma autoavaliação acerca de seus processos de trabalho, sendo a roda descrita como espaço ímpar para este diálogo.

“[...] tem algumas pesquisa que chegam aqui e são bem interessantes para dar uma devolutiva aos profissionais de saúde [...] que são os responsáveis pelo serviço, pela aplicação na unidade de saúde, então eu estou pedindo que a gente faça um momento para apresentação, no qual eu iria chamar os responsáveis por aquele setor, para que eles tivessem um retorno, uma avaliação, mas assim, isso foi feito por iniciativa minha não é pactuado ou regulamentado” (GRUPO I).

“[...] às vezes a gente recebe algumas pesquisas que estão totalmente relacionadas ao nosso cotidiano de trabalho, então pontualmente, quando recebemos a devolutiva destes estudos, convidamos para que venham apresentar estes trabalhos numa roda com coordenadores, para estar fazendo a reflexão [...]” (GRUPO II).

A ausência da obrigatoriedade institucionalizada na devolutiva das pesquisas resulta em iniciativas pontuais, como as descritas acima, com pouco impacto à reversão do cenário de precarização no uso dos produtos das pesquisas pelos gestores.

“[...] como é tudo muito pontual, eu acho que não tido um impacto relevante [...] se isso não for feito de uma forma institucionalizada e sistematizada, e não por decisões individuais de algum gestor ou de alguma regional, não tem como ter uma relevância, entendeu [...]” (GRUPO II).

Para a articuladora da APS “[...] deveria haver uma mostra, um fórum, anual, para estar socializando as pesquisas realizadas no território da regional

IV entre técnicos da regional, coordenadores e profissionais, porque tem pesquisas riquíssimas que estão sendo desenvolvidas no território que você trabalha e não há essa reflexão, não há esse encontro”.

Este momento já ocorre nas mostras regionais promovidas em parceria com a COGETS ou por iniciativa individual das regionais, que teoricamente serviriam para “[...] discussão coletiva entre a academia e o serviço, para a troca de experiência e otimização das práticas [...]”, porém na realidade, acabam expondo apenas estudos investigados por alunos em estágio nas unidades de saúde. Logo, a estratégia já existe e já é operacionalizada, basta apenas a iniciativa para ampliá-la de modo a incluir as outras investigações.

Finalmente, este estudo reafirmou a potencialidade das pesquisas em disparar reflexões e permitir a formulação de soluções para os problemas antes não percebidos. Nesse sentido, uma técnica relatou que as perguntas proferidas a ela provocaram a análise da conjuntura atual de não aproveitamento das investigações realizadas nos cenários do SUS “[...] essas perguntas me deram uma luz de que a gente tem que aproveitar melhor as pesquisas realizadas no nosso território [...] eu vou tentar ver com a COGETS uma maneira de colocar em prática, de como fazer para valorizar mais essas pesquisas e colocar em prática”.

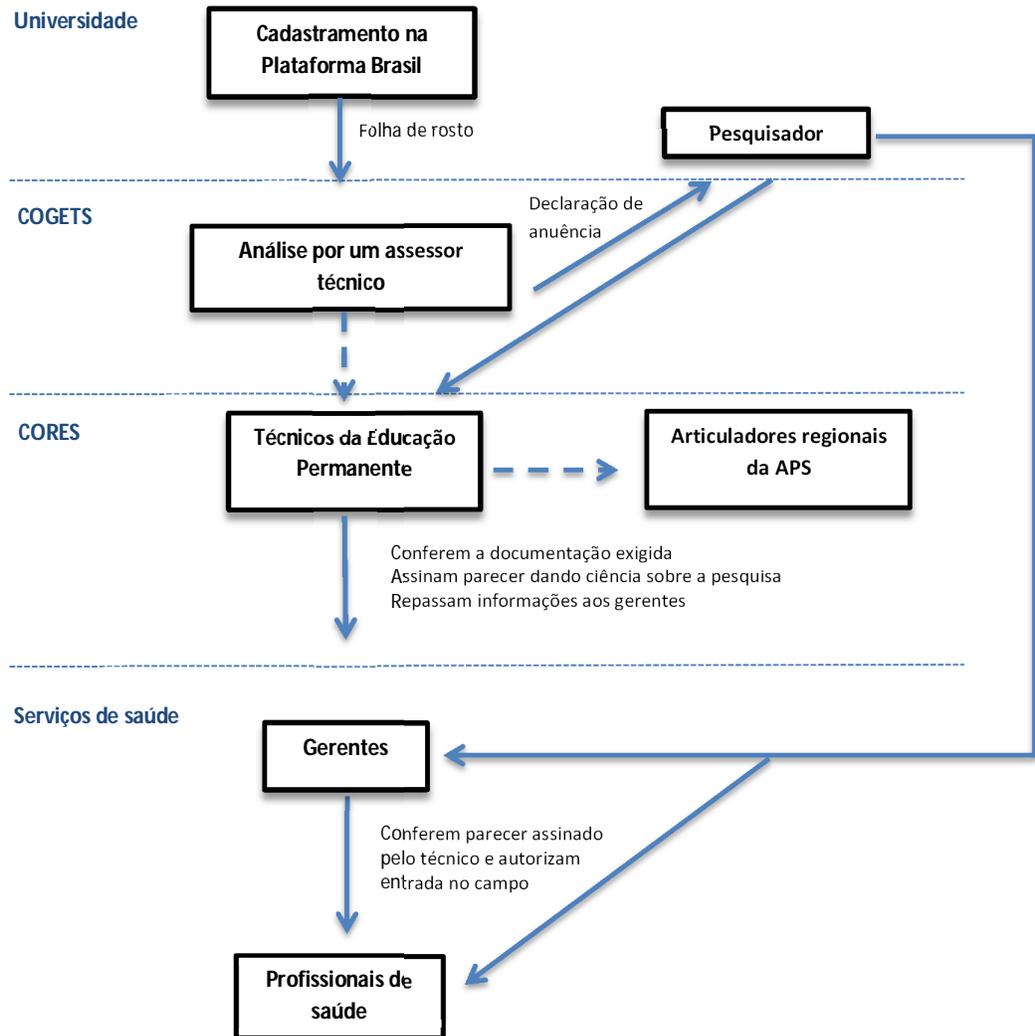
Não obstante do reconhecimento da potencialidade das pesquisas “[...] eu acredito que contribuem á nível local, especificamente na unidade de saúde como disparador de reflexões e novas soluções para os problemas” prevalece a incerteza quanto à participação no uso dos resultados “[...] eu não sei se isso só dependeria de mim [...] se viria primeiro da COGETS para a regional ou partiria da regional para colocar isso em prática”, e assim, perpetua-se um ciclo de não aplicabilidade das pesquisas no cotidiano do SUS.

Para produzir investigações e articulações de outros modos será necessária a interrogação de como se tem determinado e respondido às questões acadêmico-institucionais da ciência e tecnologia do País, que estão alinhadas à lógica capitalista de produção (FORTUNA, et al, 2011).

A figura a seguir sintetiza o fluxo dos projetos de pesquisa aprovados a serem realizados na Rede Municipal de Saúde de Fortaleza, particularizando os atores envolvidos para aplicabilidade daquelas que abordam a temática do

acesso aos serviços e ações de saúde na APS e as relações conflituosas estabelecidas, que contribuem a sua não utilização.

Figura 7. Representação do fluxo das pesquisas em saúde no Município



Fonte: Elaboração própria.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas ressaltam que o acesso ao cuidado, apesar de normativamente constitui-se como direito de cidadania, na prática ainda apresenta-se como um ideal e uma utopia, uma vez que inúmeros obstáculos e problemas ainda se interpõem à realidade de um SUS prometido pela Constituição de 1988 e que a sociedade brasileira deseja e merece.

Existe urgência, portanto, não apenas em investigar estratégias para ampliar e qualificar o acesso, mas principalmente em disponibilizá-las a todos e assegurar a incorporação dos resultados às políticas e ações de saúde.

O reconhecimento do potencial das pesquisas em contribuir para o preenchimento de lacunas de conhecimento em áreas prioritárias para a população, interligando o mundo acadêmico e as necessidades de saúde das pessoas, encontra-se consolidado. O que ainda necessita de revisões e investimento é a transparência e socialização dos resultados para toda a comunidade, transpondo os limites do mundo dos cientistas e o aperfeiçoamento de estratégias que garantam a utilização desses resultados para constante aperfeiçoamento do SUS.

Na atual conjuntura, talvez o principal desafio seja definir uma estrutura organizacional de apoio à pesquisa e avaliação de tecnologias no SUS, que assegure a continuidade e o aprofundamento das ações em curso.

Há a necessidade de uma aplicação mais sistemática dos resultados da pesquisa no planejamento e implementação das políticas de saúde, assim como numa conexão mais sistemática entre os pesquisadores e os usuários dos resultados da pesquisa, para que, por meio das investigações científicas, as fragilidades e novas possibilidades sejam identificadas continuamente no processo de produção dos serviços de saúde nas equipes de saúde da família.

Revela-se essencial para enfrentar tal desafio, então, uma visão complexa para a elaboração de políticas com a participação de múltiplos atores durante todo o processo, entre os quais: decisores, profissionais, representantes do controle social e membros da comunidade científica. Além de maior cooperação entre Estado e município.

Ainda, para avançar, faz-se necessário o fortalecimento do papel da pesquisa na resolutividade dos problemas de saúde, como prática de interesse

recíproco e de solidariedade, o que depende de significativas mudanças institucionais, culturais e sociais.

Conclui-se, do exposto que a pesquisa no município persiste como um campo de disputas, de convergências e divergências, portanto, como espaço de conflitos entre distintos interesses, efetivando-se lentamente.

Não seria um caminho se recusássemos os papéis instituídos: de academia que leva solução, de gestores e trabalhadores que esperam respostas e de usuários passivos?

REFERÊNCIA

- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **SAÚDE DEBATE**, v. 38, n. especial, p. 182-194, 2014.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
- ARRUDA-BARBOSA, L.; DANTAS, T. M.; OLIVEIRA, C. C. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 24, n. 4, p. 347-354, 2011.
- AROUCA, A. S. [Apresentação da 4^o capa]. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco.1989B. 232p.
- ASSIS, M. M. A. et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M. M. A. et al. **A Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família**. Salvador: EdUFBA, p. 13-38, 2010.
- ASSIS, M. M. A.; ALMEIDA, M. V. G. **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde: abordagens, teorias e práticas**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2014.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010.
- BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.
- BARRETO, M. L. Como avaliar as ciências com uma deficiente ciência da avaliação científica? **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1707-1730, 2013.
- BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.
- BOSI, M. L. M. Produtivismo e avaliação acadêmica na Saúde Coletiva brasileira: desafios para a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2387-2392, 2012.

BROOME, M. E. **Integrative literature reviews in the development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília (DF): MS; 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília (DF): MS; 1990a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília (DF): MS; 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília (DF): MS; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. 2^a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 44 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:
http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

CAETANO, R. Análise dos investimentos do Ministério da Saúde em pesquisa e desenvolvimento do período 2000-2002: uma linha de base para avaliações futuras a partir da implementação da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2039-2050, 2010.

CAMPOS, R. T. O. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **SAÚDE DEBATE**, v. 38, n. especial, p. 252-264, 2014.

CHAGAS, M. I. O. Acesso dos usuários aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família: percepção dos enfermeiros. **Rev. APS**, v. 17, n. 3, p. 280 – 290, 2014.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação como campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A., CHAMPAGNE, F., CONTRANDRIOPOULOS, A. P., HARTZ, Z. (Org.). **Avaliação: Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008.
- CELINO, S. D. M. et al. Programa Pesquisa para o SUS: contribuições para gestão e serviços de saúde na Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 203-212, 2013.
- COOPER, H. M. **The Integrative research review**. Beverly Hills: SAGE Publications; 1984.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.
- CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.
- DANTAS, F. Responsabilidade social e pós-graduação no Brasil: idéias para (avali)ação. RBPG, v.1, n. 2, p. 160-172, 2004.
- DEMO, P. Educar pela Pesquisa. Campinas: Autores Associados, 1996.
- DUBOIS, C. A., CHAMPAGNE, F., BILODEAU, H. História da avaliação. In: BROUSSELLE, A., CHAMPAGNE, F., CONTRANDRIOPOULOS, A. P., HARTZ, Z. (Org.). **Avaliação: Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
- ESPERIDIAO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, supl. 0, 2005.
- FARIA, R. C.; CAMPOS, E. M. S. Demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Rev APS**, v. 15, n. 2, p. 148-157, 2012.
- FERNANDES, A. P. P. et al. A Percepção das famílias sobre a organização da Atenção Primária à Saúde da criança. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 56-62, 2014.
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.
- FORTUNA, C. M. A pesquisa e a articulação ensino-serviço na consolidação do Sistema Único de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 2, p. 1696-700, 2011.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cad Saude Publica**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v. 1º, n. 1, p. 1-11, 1987.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 177-198p.

GODDARD, M. Access to health care services – an English policy perspective. *Health Economics*, **Policy and Law**, v.4, n.2, p.195-208, 2009.

GRECO, D. B. Emancipação na luta pela equidade em pesquisas com seres humanos. **Rev bioét.**, v.21, n.1, p. 20-31, 2013.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

GUIMARÃES, R. Não há saúde sem pesquisa: avanços no Brasil de 2003 a 2010. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n.1, p. 55-65, 2012.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 275p.

LIMA, W. C. M. B.; MARLUCE, M. A. A. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. **Rev Baiana Saude Publica Miolo**, v. 34, n.3, p. 439-449, 2010.

LUNARDI, V. L. Impacto dos resultados das pesquisas em enfermagem na prática profissional. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n.1, p. 165-71, 2009.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da Atenção Básica. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 5, p. 629-36, 2014.

MENDES, A. C. G. **A delicadeza esquecida: Avaliação da qualidade das Emergências**. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2010.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 17ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

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

MOREL, A. M. A pesquisa em saúde e os desafios do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 261-270, 2004.

NORONHA, J.; SILVA, T. R.; SZKLO, F.; BARATA, R. B. Análise do Sistema de Pesquisa em Saúde do Brasil: o ambiente de pesquisa. **Saúde Soc.**, v.18, n.3, p.424-436, 2009.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 847-849, 2013.

NOVAES, H. M. D.; ELIAS, F. T. Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, p. 7-16, 2013.

OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

OMS. Relatório mundial da saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal de saúde.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

PANG, T. et al. Knowledge for better health: a conceptual framework and foundation for health research systems. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 11, p. 815-20, 2003.

PATTON, M. The evaluator's responsibility for utilization. **Eval Pract**, v. 2, p. 5-24, 1988.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation**. Beverly Hills: Sage Publications, 1997.

PENNA FIRME, T. Avaliação em rede. **Revista do Terceiro Setor**. São Paulo: RITS - Rede de informações para o terceiro setor, 2003.

REIS, D. C. Acesso da população ao diagnóstico e tratamento da esquistossomose em área endêmica do município de Jequitinhonha, Minas Gerais. Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2009.

REIS, P. E. D. A pesquisa em saúde: implicações para a prática profissional. **Rev Bras Prom Saúde**, v. 18, n. 2, p. 112-3, 2005.

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v.31, n.3, p. 260-8, 2012.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 1, p. 5-61, 2006.

SANTOS, L. M. P. et al. O papel da pesquisa na consolidação do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1666-1667, 2010.

SAUERBORN, R.; NITAYARUMPHONG, S.; GERHARDUS, A. Strategies to enhance the use of health systems research for health sector reform. **Tropical Medicine and International Health**, v. 4, n. 12, p. 827-835, 1999.

SCHMIDT, L. K. **Hermenêutica**. 2º ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. 261p.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais. **Saúde em Debate**.v. 53, p.81-92, 1999.

SILVA JUNIOR, E. S. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 10, n.1, p. 49-60, 2010.

SILVA, L. A.; CHAVES, S. C. L.; CASOTTI, C. A. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **SAÚDE DEBATE**, v. 38, n. 103, p. 805-816, 2014.

SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de Atenção Primária. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 5, p. 794-802, 2014.

SOUZA, C. C. B. X.; ROCHA, E. F. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas unidades básicas de saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 230-239, 2010.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, L. E. P. F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. O uso de pesquisa na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 546-554, 2004.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 153-158, 2008.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1325-1335, 2009.

STARFIELD, B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: **Oxford University Press**, 1992.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TENÓRIO, R. M.; LOPES, U.M. (Org.). **Avaliação e gestão: teorias e práticas**. Salvador: EDUFBA, 2010. 414 p.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, v.23, n.3, p.869-883, 2014.

TRAD, L. A. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; GUIMARÃES, M. C. S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 1007-13, 2012.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p.190-198, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

VARGAS, A. M. D. O Acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. **Saúde Soc.**, v.20, n.3, p.821-828, 2011.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.10, n. 1, p. 131-143, 2010.

WORTHEN, B.; SANDERS, J.; FITZPATRICK, J. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



PESQUISA: PESQUISAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE: olhar avaliativo sobre a aplicabilidade na Atenção Primária

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr. (a) está sendo convidado a participar desta pesquisa cujo objetivo é **avaliar as contribuições das Pesquisas na Atenção Primária à Saúde para a Produção do Cuidado, tendo como perspectiva o Acesso aos serviços e ações de saúde.**

Pedimos então sua colaboração para responder questionamentos referentes à temática aqui proposta, por meio da técnica de entrevista semi-estruturada, ficando a seu critério a livre participação e a desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou dano. Solicito ainda a permissão para que tais narrativas sejam gravadas em dispositivo de áudio, garantindo, contudo o seu sigilo e a não maleficência.

Asseguramos que quaisquer riscos que possam surgir advindos do emprego desta técnica de coleta das narrativas serão minimizados pela equipe que conduz o trabalho, levando-se em consideração a habilidade destes em gerir tais atividades.

Comprometemo-nos em utilizar os dados coletados e analisados somente para pesquisa, podendo estes ser veiculados por meio de artigos científicos em revistas especializadas, encontros científicos e congressos, resguardando sempre sua identidade.

Ressaltamos como benefício à devolutiva dos resultados finais ao serviço e seus colaboradores de modo geral. Além disso, esperamos com este processo proporcionar uma reflexão acerca de como as pesquisas em saúde estão se dando nos cenários dos centros de saúde da família e se estão de fato sendo resolutivas às necessidades e para legitimação do Sistema Único de Saúde.

Essa pesquisa faz parte do projeto de dissertação da mestranda Rebeka Rafaella Saraiva Carvalho, orientanda da pesquisadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, ficando, pois, a sua disposição os contatos das mesmas para esclarecimento de possíveis dúvidas que venham a surgir: (85) 8662.6581 / (85) 3101.9891. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se também a disposição para esclarecimento pelo Tel./Fax: (85) 3101.9890.

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelo pesquisador, ficando para resguardá-lo, uma cópia com você.

Fortaleza/CE, ____/____/____.

Assinatura do(a) Participante

Pesquisador

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com os Assessores do NUCIT e da COGETS e com os Técnicos da Educação Permanente

Identificação:_____.

Idade:_____. Sexo: M () F (). Formação profissional: _____.

Pós-Graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado () Outra.

Área de atuação: _____.

Vínculo empregatício:_____.

Local de trabalho: _____.

Tempo de atuação no local de trabalho: _____.

1. Fale sobre a atividade que você desenvolve neste órgão?
2. Comente como se dá o processo de gestão de pesquisas no SUS no âmbito Estadual, Municipal e nos serviços de saúde? (Fluxo, organização, acesso e comunicação entre Estado e Município).
3. O Sr(a) já foi convidado a participar de discussões (seminários, fóruns, simpósios) dos resultados de pesquisas no SUS? Comente um pouco sobre isso.
4. Fale como os resultados das pesquisas contribuem para a tomada de decisão (política, organização dos serviços e assistência)?
5. Como se dá sua participação na implementação dos resultados das pesquisas no SUS?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com a Articuladora da APS

Identificação: _____.

Idade: _____. Sexo: M () F (). Formação profissional: _____.

Pós-Graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado () Outra.

Área de atuação: _____.

Vínculo empregatício: _____.

Local de trabalho: _____.

Tempo de atuação no local de trabalho: _____.

1. Fale sobre a atividade que você desenvolve neste órgão?
2. O Sr(a) participa da tomada de decisão (políticas, organização dos serviços e assistência)? Como se dá essa participação?
3. O Sr(a) já utilizou para fundamentar sua tomada de decisão resultados de pesquisas? Como se dá essa utilização? Comente um pouco sobre isso.
4. O Sr(a) já foi convidado a participar de discussões (seminários, fóruns, simpósios) dos resultados de pesquisas no SUS? Comente um pouco sobre isso.
5. Quais são os desafios percebidos para a implementação dos resultados das pesquisas e quais estratégias poderiam ser pensadas para facilitar sua utilização?
6. O Sr(a) já participou de pesquisas cuja temática fosse o acesso aos serviços e ações de saúde? Acredita que tenham contribuído para sua melhoria?

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com os Gerentes dos CSF

Identificação:_____.

Idade:_____. Sexo: M () F (). Formação profissional: _____.

Vínculo empregatício:_____.

Tempo de atuação no local de trabalho: _____.

1. O Sr(a) já tomou alguma decisão baseando-se nos resultados de pesquisas?
2. O Sr(a) acredita que as pesquisas contribuem para modificar as práticas, melhorar os serviços e transformar os sujeitos?
3. Quais são os desafios percebidos para a implementação dos resultados das pesquisas?
4. Quais estratégias poderiam ser pensadas para facilitar a divulgação e implementação dos resultados das pesquisas?
5. O Sr(a) já participou de pesquisas cuja temática fosse o acesso aos serviços e ações de saúde?
6. O Sr(a) acredita que o acesso aos serviços e ações de saúde tenha melhorado nos últimos cinco anos? Essa melhora pode estar associada aos resultados de pesquisa na temática?

APÊNDICE E – Roteiro de entrevista com os Profissionais da ESF

Identificação:_____.

Idade:_____. Sexo: M () F (). Formação profissional: _____.

Pós-Graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado () Outra.

Vínculo empregatício:_____.

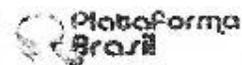
Tempo de atuação no local de trabalho: _____.

1. O Sr(a) já foi convidado a participar de pesquisas aqui no serviço? Elas influenciaram no cuidado e/ou em sua prática clínica?
2. Alguma destas pesquisas tinha como temática o acesso? Fale um pouco de como foi sua participação? E o que o sr(a) compreende por acesso?
3. O Sr(a) percebeu alguma mudança na prática de cuidado após a realização dessas pesquisas? Se sim, acredita que a realização delas tenha contribuído para melhoria do acesso e resolubilidade da atenção?
4. Fale um pouco de como se deu essa contribuição e sua participação nesse processo de implementação dos resultados?

ANEXOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM: OLHARES PLURAIS SOBRE A CONTRIBUIÇÃO PARA AS POLÍTICAS, ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E ASSISTÊNCIA NA INTERFACE COM PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Maria Sclero Bessa Jorge

Área Temática:

Versão:

CAAE: 31117214.5.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 682.093

Data da Relatoria: 16/05/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de Avaliação de Quarta Geração, caracterizado como um estudo avaliativo pautado numa abordagem construtivista. O estudo será realizado no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, com gestores, gerentes, trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) e professores de Instituições de Ensino Superior (IES), coordenadores de projetos de pesquisas concluídas. Para a coleta de dados serão utilizadas três (03) técnicas: a entrevista semiestruturada, grupo focal e documentos. O tratamento do material empírico será orientado pela análise de conteúdo temática das entrevistas, narrativas dos grupos focais e observações pelos pressupostos da hermenêutica crítica.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar como as pesquisas em saúde e enfermagem contribuem para a construção de políticas, organização dos serviços e assistência à saúde na interface com a produção do cuidado na atenção primária.

• Analisar como as investigações colaboram para a legitimidade do controle social em saúde • Discutir como os resultados das pesquisas

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperiá

UF: CE

Telefone: (85)3101-2890

Município: FORTALEZA

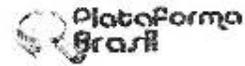
Fax: (85)3101-9900

CEP: 60.714-903

E-mail: anavalisa@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação de Pesquisa: 002.090

interferem no acesso à rede de atenção à saúde; a influência dos resultados de pesquisas na produção do cuidado integral, considerando o acolhimento e vínculo; como as investigações interagem com melhoria do processo gerencial de enfermagem na APS; Descrever: como as pesquisas fortalecem a gestão do sistema de saúde local, considerando o financiamento e a capacidade instalada; de que maneira os resultados das pesquisas influenciam nas práticas clínicas e cuidado em enfermagem na

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para os participantes estão relacionados ao constrangimento de responder as questões da entrevista e os benefícios está relacionada as contribuições para a melhoria de práticas assistenciais e qualidade de atendimentos aos usuários e seus familiares, bem como resposta para gestores e comunidade científica sobre a efetividade e impacto das pesquisas nos serviços de saúde, sendo capaz de gerar reflexões sobre a realidade sanitária, elaborações de pesquisas a partir da participação

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância, com objetivos claros e desenho metodológico bem estruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão em anexo, atendendo às determinações da portaria 466/12

Recomendações:

Nenhuma recomendação a ser feita.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Iracema Munizuba, 1700

Bairro: Itaperi

UF: CE

Telefone: (85)3101-9020

Município: FORTALEZA

Fax: (85)3101-9006

CEP: 80.714-003

E-mail: anavista@uece.br