



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

TATIANA MARIA RIBEIRO SILVA

**AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS SOBRE ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM OLHAR PARTICIPATIVO**

FORTALEZA-CEARÁ

2015

TATIANA MARIA RIBEIRO SILVA

AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS SOBRE ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM OLHAR PARTICIPATIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Atuação: saúde coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

Co-orientador: Prof. Dr. Mauro Serapioni

FORTALEZA-CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Silva, Tatiana Maria Ribeiro .

Avaliação das pesquisas sobre acolhimento e vínculo na atenção primária de saúde: um olhar participativo [recurso eletrônico] / Tatiana Maria Ribeiro Silva. - 2015 .

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 124 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 .

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.^a Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

Coorientação: Prof. Dr. Mauro Serapioni.

1. Pesquisas de Avaliação. 2. Acolhimento e Vínculo. 3. Educação Permanente em Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itapery - 60740-000 - Fortaleza - Ce
FONE: (0xx85)3101.9826

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **“Avaliação das Pesquisas sobre Acolhimento e Vínculo na Atenção Primária de Saúde: um olhar participativo”**..

Nome da Mestranda: **Tatiana Maria Ribeiro Silva**

Nome do Orientador: Profª Drª Maria Salete Bessa Jorge - Orientadora

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA /PPSAC/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM “POLÍTICAS, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE”.

BANCA EXAMINADORA:

Maria Salete Bessa Jorge
Profª Drª Maria Salete Bessa Jorge - Orientadora

Prof. Dr. Mauro Serapioni / Co-orientador
Mauro Serapioni
Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva - 2º membro

Mardênia Vasconcelos
Profª Drª Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos - Suplente

Data da defesa: 28/09/2015

A Deus por tornar possíveis meus sonhos e por me dar força e sabedoria para enfrentar os desafios da vida. Obrigada pela possibilidade de concretizar mais uma etapa de minha vida acadêmica e por me cercar de pessoas tão especiais.

Aos meus filhos, Sara e Davi, alicerces de minha vida, por compartilharem comigo cada momento, pelo amor, cuidado e compreensão; por apoiar minhas decisões, compreender minhas necessidades e acreditar na capacidade de realizar meus sonhos.

Aos meus pais, George e Hilda, exemplo de força, dedicação e coragem, pelo apoio e por me ensinar valores repletos de sabedoria e de amor.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge, por me acolher de braços abertos, pela amizade, competência e valiosos ensinamentos; por acreditar em minha capacidade, sempre me incentivando, estimulando e me ensinando a desenvolver a capacidade de resiliência.

Ao meu co-orientador Mauro Serapioni por sua disponibilidade e contribuições significativas no decorrer de toda a pesquisa, ampliando o meu olhar crítico e o aprendizado.

À professora Dr.^a Mardênia Gomes, por plantar a “sementinha” do mestrado em mim, quando foi realizar sua coleta de dados em meu cenário de trabalho. Obrigada pela amizade, carinho, respeito e acolhida e por participar da banca examinadora.

Ao professor Marcelo Gurgel por se colocar a disposição desde o primeiro momento para participar da banca examinadora deste estudo, obrigada pela disponibilidade e colaborações.

À Mairla, pela amizade, apoio e compreensão, à Paulinha, pelas conversas descontraídas e à Dona Maria pelos cafezinhos, festinhas e pelo afeto.

À Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde por possibilitarem a pesquisa e à Secretaria Regional IV de Fortaleza, em especial às queridas Carol Moita e Flavia Ramalho, que nos receberam com os braços abertos para a realização da pesquisa.

À turma de Mestrado PPSAC 2014, pela amizade, pelas boas risadas e por compartilhar tantos aprendizados. Em especial, as queridas Aline Teles e Márcia Uchôa pelos momentos de alegrias e angústias, pelas “terapias em grupo” e por tornar o mestrado mais leve e divertido. Obrigada pelo apoio “sempre” presente, nesta caminhada.

Aos amigos do GRUPSFE, em especial, à Rebeka, Indara, Jamine e Milena pelas oportunidades de crescimento e convivência produtiva.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES -pelo apoio financeiro e por tornar possível o mestrado.

Enfim, a todos que compartilharam nesta caminhada e torceram por mim, a minha gratidão.

Alimentamos a profunda convicção de que o cuidado, pelo fato de ser essencial, não pode ser suprimido nem descartado. Ele se vinga e irrompe sempre em algumas brechas da vida.

(Leonardo Boff, 2014)

RESUMO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde constitui-se como a estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, na busca da mudança do paradigma assistencial e da reorientação do modelo de cuidado em saúde, sendo considerada a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde. Desse modo, a Atenção Primária ocupa posição estratégica no SUS para garantir a universalidade do acesso e a cobertura integral. Cabe à atenção primária: efetivação da integralidade, integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços. O cuidado ofertado na Atenção Primária à Saúde está pautado na Política Nacional de Humanização e concebe o acolhimento e o vínculo enquanto dimensões que operam para romper com os modelos de atenção e gestão fundados na racionalidade biomédica, fragmentados e hierarquizados. Nessa perspectiva o acolhimento e vínculo são compreendidos como tecnologias leves de cuidado, articulando-se e complementando-se na implementação de práticas integrais de cuidado. A partir dos anos 2000, surgiram as primeiras pesquisas para avaliar a Atenção Primária à Saúde, considerando a multiplicidade dos aspectos relacionados a ela. As avaliações, sempre empreendidas por centros acadêmicos e financiadas pelo Ministério da Saúde, cujo foco centrava-se no monitoramento da estrutura, nos processos e resultados por meio de dados obtidos nos sistemas de informação em saúde. A crítica a respeito de tais pesquisas é que se inseriam no campo das avaliações normativas, excluindo os profissionais de todas as etapas do processo. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde se consolidou como mediador na construção de espaços de problematização coletiva junto às práticas de formação, potencializando a produção de um novo pensar e fazer no cotidiano dos serviços de saúde. O estudo trata-se, pois, de uma investigação que objetiva: avaliar as contribuições das pesquisas realizadas na Atenção Primária à Saúde para as práticas de acolhimento e vínculo no SUS; analisar as pesquisas local e nacional realizadas na Atenção Primária à Saúde referente ao acolhimento e vínculo; descrever como as práticas de produção do cuidado relacionadas ao acolhimento e vínculos são produzidas no território da Atenção Primária; discutir com os diversos atores da Atenção Primária à Saúde as contribuições e desafios das pesquisas para as suas práticas de acolhimento e vínculo produzidas no cotidiano dos serviços. Toma-se por eixo teórico a importância de configurar e articular a Atenção Primária à Saúde, com marcos teóricos importantes nas transformações de olhares e práticas, utilizando a concepção reflexiva crítica para compreender e analisar as narrativas e os documentos mapeados. Quanto à trajetória metodológica, a pesquisa teve como cenários a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, as seis Secretarias Executivas Regionais do município de Fortaleza e a Unidade de Atenção Primária à Saúde Roberto Bruno, situada na Secretaria Executiva Regional IV. Fizeram parte do estudo 34 participantes, entre eles: 08 gestores e técnicos da Educação Permanente em Saúde, 12 coordenadores de Unidades de Atenção Primária à Saúde e 14 profissionais de saúde. Para a coleta das informações, foram utilizados: a entrevista semiestruturada, a observação sistemática e o grupo focal. Além do mapeamento das pesquisas submetidas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e levantamento das pesquisas relacionadas ao tema. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE, através de parecer consubstanciado do CEP da Plataforma Brasil. A análise das informações obtidas se delineou na análise reflexiva crítica de Minayo. Do material empírico

analisado, resultaram três categorias temáticas e ressaltadas no texto: a produção do conhecimento sobre as pesquisas de acolhimento e vínculo na APS; o acolhimento no direcionamento do fluxo de usuários na unidade e reorganização dos processos de trabalho; o acolhimento como atitude humanizada: conversa, escuta, necessidade e corresponsabilização, e por último, contribuições e desafios da utilização das pesquisas no cotidiano dos serviços: o olhar de coordenadores e técnicos da EPS. Das categorias analíticas emergiram reflexões que as pesquisas se constituem fontes de potencia para as mudanças nas práticas cotidianas dos serviços da APS. Entretanto por falta de empoderamento dos diversos atores sociais envolvidos, os resultados das pesquisas, permanecem circunscritos no interior do campo acadêmico, sem efetivamente promover mudanças, sejam individuais e coletivas ou ainda sociais, educacionais ou institucionais. Nesse contexto, percebe-se a necessidade de uma melhoria na articulação entre os técnicos da EPS e profissionais da APS com as instituições acadêmicas, no sentido de envolver os diversos atores sociais das pesquisas e desse modo utilizar os resultados dessas no cotidiano dos serviços, promovendo reflexões e transformações na busca de atender os princípios da Reforma Sanitária propostos no SUS.

Palavras-chave: Pesquisas de Avaliação; Atenção Primária à Saúde; Acolhimento e Vínculo; Educação Permanente em Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the Primary Health Care is established as a structuring strategy for municipal health systems in the pursuit of changing care paradigm and the reorientation of the care model, being considered the preferred SUS gateway. Thus, the primary care takes up a strategic position in the National Health System to ensure universal access and universal coverage, it is the primary care: effectiveness of completeness: integration of programmatic actions and spontaneous demand; articulation of health promotion, disease prevention, health surveillance, treatment and rehabilitation; work in an interdisciplinary manner and in teams, and coordination of care in the service network. Caution dimensions offered in primary health care are guided by the National Humanization Policy and conceive the host and link as dimensions that operate to break with the models of care and management founded on the biomedical rationality, fragmented and hierarchical. The host and bond are understood as light technologies of care, articulating and complementing the implementation of integrated care practices. From the 2000s, came out the first studies to evaluate primary health care, considering the multiplicity of related aspects. The assessments, always carried out by academic centers and funded by the Ministry of Health. It was observed at that time an opening of evaluative research that focused on monitoring the structure, processes and outcomes through data in health information systems. The criticism regarding such researches is that they formed part of the field of normative evaluations, excluding professionals from all stages of the process. In this sense, the Permanent Health Education has established itself as a mediator in the construction of spaces for collective questioning next to the training practices and enhancing the production of a new thinking and doing in the routine of health services. The study is an investigation that objectives: to evaluate the contributions of research conducted in primary health care to the host and bonding practices in SUS; analyze the local and national research conducted in primary health care regarding the acceptance and bonding; describe how careful production practices related to the reception and bonds are produced in the territory of Primary; discuss with the different actors of primary health care contributions and challenges of research for their practices of host and bond produced in everyday services. The theoretical axis is the importance to set up and articulate the primary health care, with important theoretical frameworks in the transformation of views and practices, using reflective critical concept to understand and analyze the narratives and mapped documents. As for the methodological trajectory, research the scenario was the Coordination of Labor Management and Health Education, the six Regional Executive Secretaries of the city of Fortaleza and the Unit of Primary Health Care Roberto Bruno, set in SER IV. Study participants were 34 participants, including 08 managers and EPS technicians, 12 UAPS's coordinators and 14 health professionals. For the collection of information were used: a semi-structured interview, systematic observation and focal group. In addition to the mapping of research submitted to the CEP of COGTES and collection of research related to the theme. The study was approved by the Ethics Committee on Human Research of UECE beings, embodied in a report of CEP Platform Brazil. The analysis of information outlined in reflective analysis critical of Minayo. Analyzed the empirical material resulted three thematic categories and highlighted in the text as: the production of knowledge on the research of host and bond PHC; the host in directing the flow of users in the unit and reorganization of work processes; the host as humane attitude: conversation, listening, need and co-responsibility, and finally, contributions and challenges of using research in the daily services: the look of engineers and technicians EPS. The analytical categories emerged reflections that research constitute power supplies for changes in daily practices of PHC services, however for lack of empowerment of the various actors partners involved, the results of research, remain circumscribed within the academic field, without actually making changes, whether individual and collective or social, educational and institutional. In this context, we see the need for improved coordination between the EPS technicians and PHC professionals with academic institutions, in making public the various social actors involved

in research and thereby apply the results in everyday services, promoting reflections and transformations in the quest to meet the principles of health reform proposed in SUS.

Keywords: Research Assessment; Primary Health Care; Host and Bond; Continuing Health Education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa Municipal de Fortaleza.....	49
Figura 2- Fluxo de Trabalho de Campo.....	52
Figura 3- Fluxograma de Seleção dos Artigos Científicos.....	53
Figura 5- Plano de Análise de Estudo.....	60
Figura 6- Representação Gráfica da Organização da EPS da SMSF.....	68

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1- Descrição e Quantitativo dos Participantes do Projeto.....	50
Tabela 2- Distribuição dos Projetos de Pesquisas encaminhados a COGTES no ano de 2011.....	66
Tabela 3- Distribuição dos Projetos de Pesquisas encaminhados a COGTES no ano de 2012	67
Tabela 4- Distribuição dos Projetos de Pesquisas encaminhados a COGTES no ano de 2013.....	68
Tabela 5- Distribuição dos Projetos de Pesquisas encaminhados a COGTES no ano de 2014	69
Quadro 01- Esquema de Levantamento de Dados no SCIELO.....	53
Quadro 02- Produção do Conhecimento Sobre as Pesquisas de Acolhimento e Vínculo na Atenção Primária à Saúde.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	– Ações Integradas de Saúde
BIREME	– Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
CEP	– Comitê de Ética e Pesquisa
UAPS	– Unidade de Atenção Primária de Saúde
ESF	– Estratégia de Saúde da Família
COGTES	– Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
RAS	– Redes Assistenciais
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SMSF	– Secretaria Municipal de Fortaleza
SMSE	– Sistema Municipal saúde Escola
ABS	– Atenção Básica de Saúde
APS	– Atenção Primária à Saúde
GRUPSFE	– Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NASF	– Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	– Organização Mundial de Saúde
OPAS	– Organização Pan-Americana de saúde
BIREME	– Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
PNH	– Política Nacional de Humanização
PROESF	- Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
CNPQ	– Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FAPESP	– Fundação do Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
SER	– Secretaria Regional de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
SAME	– Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SCIELO	– Livraria Científica On-Line
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE	– Universidade Estadual do Ceará
UFC	– Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	O INTERESSE DO PESQUISADOR.....	16
1.2	DELINEANDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	18
1.3	OBJETIVOS.....	23
2	CAMINHO TEÓRICO.....	24
2.1	A AVALIAÇÃO EM SAÚDE: HISTÓRIA E PERSPECTIVAS TEÓRICAS E PRÁTICAS	24
2.2	A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA NA CONSTRUÇÃO EPISTEMOLÓGICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	29
2.3	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	32
2.4	A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NAS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO E VÍNCULO.....	38
2.5	O ACOLHIMENTO COMO DISPOSITIVO NA PRODUÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	43
3	CAMINHOS DA PESQUISA E SEUS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	47
3.1	A CONSTRUÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA.....	47
3.2	CENÁRIOS DA PESQUISA.....	48
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	50
3.4	O TRABALHO DE CAMPO E A COLETA DE INFORMAÇÕES.....	52
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	58
3.6	ANÁLISES DAS INFORMAÇÕES	59
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
4.1	A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE AS PESQUISAS ACERCA DE ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	62
4.2	O ACOLHIMENTO E VÍNCULO NO DIRECIONAMENTO DO FLUXO DE USUÁRIOS NA UNIDADE E A REORGANIZAÇÃO DOS	
4.3	PROCESSOS DE TRABALHO.....	77
	O ACOLHIMENTO COMO ATITUDE HUMANIZADA: CONVERSA, ESCUITA, NECESSIDADE E CORRESPONSABILIZAÇÃO	87
4.4	CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DA UTILIZAÇÃO DAS	

	PESQUISAS NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS: OLHAR DOS COORDENADORES E TÉCNICOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	93
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
	REFERÊNCIAS	107
	APÊNDICES	114
	ANEXOS.....	121

1 INTRODUÇÃO

1.1 O INTERESSE DO PESQUISADOR

O interesse pelo objeto de estudo surgiu das experiências, como psicóloga de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Fortaleza-CE, serviço de atenção secundária e que compõem a rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram quatro anos dedicados ao atendimento individual, grupal e também com a gestão do serviço no decorrer de um ano. Esse período proporcionou uma reflexão sobre as relações estabelecidas no cotidiano dos serviços, tanto na relação profissional-usuário, quanto na interação da equipe de saúde.

Na experiência cotidiana, observou-se a necessidade de uma prática reflexiva, em que aliasse teoria, prática, mas também participação dos diversos atores implicados no processo de produção do cuidado. Desse modo, sempre buscava estabelecer, seja como membro da equipe, ou coordenadora do serviço, uma relação horizontal, que agregasse saberes e práticas no intuito de uma corresponsabilização e crescimento conjunto.

No entanto, o estabelecimento desta relação horizontal encontrava algumas barreiras logo na própria equipe, que não percebia sua potencia na ampliação da produção do cuidado. Esse olhar muitas vezes caracterizado por uma opacidade que impedia a aproximação das noções mais simples de cuidado. Esta ação era sempre justificada como uma negligência da macropolítica, ou seja, o principal entrave para a ação cotidiana nos serviços de saúde era decorrente do mau funcionamento e articulação das políticas e dos gestores desse campo.

Com tal questionamento, constatou-se a necessidade de aprofundamento teórico para embasar a prática como ferramenta do cuidado em saúde.

Diante do exposto, caminhando e observando, ocorreram algumas tentativas de apreender respostas, e esta procura tornou-se evidente a necessidade de um curso de especialização em saúde mental na Universidade Estadual do Ceará.

Neste cenário suscitou a oportunidade de tomar decisões pra o ingresso no como membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), onde colaboro e participo de duas investigações.

Nessa experiência, destacou-se a participação no projeto de pesquisa intitulado “Organização da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental no estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica”, ainda em andamento e que objetiva analisar a construção da rede regional de saúde e sua interface com a rede de saúde mental na macrorregional Fortaleza no Estado do Ceará.

No entanto, participando do grupo de pesquisa, com as discussões realizadas, a escolha do projeto de mestrado pautou-se em conhecimentos teóricos e de pesquisas sobre “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”, o qual possibilitou ampliação de conhecimentos, para formatação do projeto de dissertação. Tal pesquisa dedicou-se a questão de ordem prática, na qual avalia as contribuições das pesquisas em saúde no SUS, utilizando como fundamentação teórica as noções de produção do cuidado descritas nos estudos de Franco e Merhy (1998).

Dentre as dimensões de produção do cuidado, destacaram-se as concepções de acolhimento e vínculo, essenciais para uma assistência de qualidade. A reflexão sobre tais noções no grupo de pesquisa permitiram uma compreensão de que as ações da equipe de saúde podem ser potencializadas a partir de um investimento na micropolítica do processo de trabalho, ou seja, o fazer cotidiano dos profissionais do serviço tem valor e força na produção do cuidado, coexistindo com a macropolítica.

Nesse processo de busca de respostas, as questões teóricas proporcionaram idéias, concepções e práticas de saúde pautadas no paradigma da Reforma Sanitária Brasileira, em que se centra em um olhar fragmentado do sujeito, focando apenas na doença. Ao contrário disso, possibilitam uma ampliação do olhar para as políticas de saúde, as novas tecnologias de cuidado, que possam compreender e cuidar do sujeito, fortalecendo a sua subjetividade e valorizando o cuidado no seu espaço existencial, permitindo o pleno exercício da sua cidadania.

1.2 DELINEANDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

O objeto investigado está relacionado ao acolhimento e vínculo, como uma relação-sujeito-sujeito, pressupondo uma relação dialógica entre os diversos atores implicados no processo de cuidado em saúde.

O acolhimento é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas existentes no âmbito da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e está delineado nos documentos oficiais como a recepção do usuário no serviço de saúde. Implica a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa e angústias, a inserção de limites, se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário (BRASIL, 2006).

Os estudos nacionais contextualizam o acolhimento considerando os diversos olhares envolvidos: Franco e Merhy (1999); Cotta, Andrade e Mitre (2011). Para Franco e Merhy (1999), o acolhimento pode ser compreendido como uma etapa do processo de trabalho, podendo ser realizado em um espaço físico determinado e por meio de uma equipe designada para atender à demanda da população adscrita. Para Camelo (2000) e Matumoto (2009), o acolhimento se configura como relação de ajuda, em que os usuários são aqueles que procuram ajuda, sendo simultaneamente “objetos e agentes da ação”, pois opinam e tomam decisões.

Já Garuzi et al (2014), considera o acolhimento como um dispositivo capaz de reorganizar a atenção à saúde, atendendo a demanda espontânea, facilitando o acesso e a humanização das práticas em saúde. Nessa perspectiva, o acolhimento assume uma postura da dimensão relacional.

Teixeira (2003) identifica o acolhimento como aspecto comunicacional na rede tecnoassistencial dos serviços, constituindo-se uma rede genuína de diálogo, e envolve várias técnicas específicas além da linguagem, configurando-se como dispositivo que promove a articulação das diferentes atividades num espaço coletivo de conversações. Sendo, desse modo, responsável pelo aspecto mais subjetivo da produção do cuidado.

Corroborando os diversos autores, Rossi (2005), considera o acolhimento uma ferramenta para a implantação de novas práticas em saúde, com base na problematização e reorganização dos processos de trabalho, uma vez acompanha

todo o percurso do usuário e prima para atender a demanda diária da unidade de saúde, buscando a resolutividade das demandas do usuário.

Oliveira et al (2010), considerando o aspecto organizacional do acolhimento, afirma que os processos de trabalho assumem uma postura mais dinâmica a partir da utilização do acolhimento, a partir da identificação das necessidades e prioridades, pode-se fazer a classificação por risco e evitar as longas filas de espera.

Como tecnologia relacional, Coelho e Jorge (2009), compreendem o acolhimento como recurso de desenvolvimento e fortalecimento de afetos, potencializando o processo terapêutico entre a população, os profissionais e os gestores do sistema de saúde.

Outra ferramenta fundamental na produção do cuidado em saúde é o vínculo entre profissionais e usuários. Para Camelo (2002), o fortalecimento do vínculo assegura a melhoria da qualidade da atenção à saúde, garantindo a responsabilização da equipe pelo cuidado integral à saúde coletiva e individual.

De acordo com Starfield (2002), o vínculo estreita os laços afetivos de profissionais e usuários, facilitando os processos de tratamento, e em muitos casos evita consultas e internações desnecessárias através da cooperação mútua entre familiares, comunidade e profissionais.

Além disso, como pontua Arcêncio (2008), o vínculo promove uma aproximação mais efetiva de escuta, diálogo e respeito. Assim, o usuário se sente mais seguro por perceber-se aceito e próximo dos profissionais.

Starfield (2002), explica que o usuário deposita confiança na relação estabelecida com o profissional, criando expectativas que este atenuo o seu sofrimento e auxilie na resolução dos seus problemas. O autor chama a atenção para que essa relação não gere dependência, mas que sirva para incentivar o usuário na promoção da autonomia e ampliação das ações de saúde, através do autocuidado.

Deste modo, Schimith (2004) e Bertolozzi (2005), concordam que as relações de vínculo tem em seu potencial, contribuir para o processo de adesão ao tratamento do usuário, através da conscientização da impotência do seu tratamento e pela confiança nas recomendações feitas pelos profissionais aos usuários. Os profissionais, nesse contexto, passam a desempenhar suas ações, buscando o bem-estar do usuário do serviço e proporcionando uma assistência integral.

Mediante as leituras realizadas, observou-se o acolhimento e o vínculo como dispositivos carregados de potencialidades para produzir e ressignificar práticas inovadoras que fortalecem o cuidado, consolidam a integralidade, qualificam as atividades de educação em saúde, aumentam a inclusão social dos diversos atores sociais envolvidos no processo de trabalho em saúde, principalmente, no cotidiano das práticas de cuidado à saúde da APS.

Nesse sentido, o acolhimento e vínculo são dispositivos que fortalecem a APS, mobilizando a sensibilidade dos profissionais, requerendo uma ação reflexiva, desenvolvimento ético e solidário para escutar e dialogar, recuperando o sentido da clínica, focado no usuário e não na queixa e contribuindo significativamente para construção e consolidação dos princípios do SUS.

Diante da importância do vínculo como prática de saúde para a melhoria da qualidade da atenção em saúde, o estudo teve como objetivo levantar produções científicas brasileiras que se relacionavam com a dimensão vínculo na atenção básica à saúde.

Dentre as categorias de produção do cuidado, o estudo tem como objetivo, analisar o acolhimento e vínculo, compreendidos na perspectiva de Franco e Merhy (2004), que definem acolhimento como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas da instituição a todos os usuários que dela recorram. Considera a escuta atenta e qualificada ao usuário, o compromisso com a resolução de sua demanda de saúde, e os processos de referência e contra referência, caso sejam necessários. O vínculo refere-se ao estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores. O Quadro 1 descreve o marco teórico-conceitual adotado no estudo.

Conceitos	Definições
Produção do Cuidado	A produção do cuidado possui dispositivos que podem integralizar o cuidado. A prática clínica no cotidiano dos serviços de saúde e saúde mental transversaliza-se na produção do cuidado em busca de uma assistência e/ou atenção à saúde. Para uma ampliação subjetiva da clínica e do cuidado apresentam-se tais dispositivos: o acolhimento e o vínculo nas relações terapêuticas, bem como, a corresponsabilização e a construção de autonomia nos atos cuidadosos voltados para a resolubilidade das necessidades de saúde do usuário (CAMPOS, 2003; SANTOS; ASSIS, 2006; JORGE et al. 2011).
Acolhimento	Possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas da instituição a todos os usuários que dela recorram. Considera a escuta atenta e qualificada ao usuário, o compromisso com a resolução de sua demanda de saúde, e os processos de referência e contra referência, caso sejam necessários. O acolhimento também é considerado um dispositivo capaz de reorganizar a atenção à saúde visando ao atendimento da demanda espontânea, o incremento do acesso e a humanização das práticas em saúde; a segunda vê o acolhimento como uma postura ética perante o usuário, numa dimensão relacional (Garuzi et al, 2014).
Vínculo	O vínculo refere-se ao estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores. As relações de vínculo tem em seu potencial, contribuir para o processo de adesão ao tratamento do usuário, através da conscientização da importância do seu tratamento e pela confiança nas recomendações feitas pelos profissionais aos usuários. Os profissionais, nesse contexto, passam a desempenhar suas ações, buscando o bem-estar do usuário do serviço e proporcionando uma assistência integral (Franco <i>et al</i> , 1999).
Escuta	Ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral; por meio dela, é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado (Teixeira, 2005).
Avaliação participativa	A avaliação participativa é definida como a elaboração, negociação, como um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar e julgar o contexto, o mérito, o valor ou o estado de um determinado objeto, a fim de estimular processos de aprendizagem e do desenvolvimento das pessoas e das organizações. São consideradas ainda as questões estratégicas no ato de avaliar, as quais incluem a perspectiva de mudar, emancipar, transformar o contexto (Silva e Brandão, 2003).
Atenção Primária	Estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (Brasil, 2004).

Diante desse contexto, a pesquisa assume dimensões teóricas pautadas no estudo da produção do cuidado com ênfase nas dimensões de acolhimento e vínculo, tendo como cenário a Atenção Primária. Para tanto, a pesquisa norteou-se por questionamentos: Quais as lacunas nas relações dos diversos atores envolvidos na produção do cuidado e evidenciadas pelas pesquisas? Quais as novas possibilidades e novos fazeres nesta teia de relações que se estabelecem nos serviços? De que modo as pesquisas contribuem para o fortalecimento das práticas de acolhimento e vínculo das equipes? Como são delineadas tais pesquisas? Como são evidenciadas as práticas de acolhimento e vínculo produzidas no cotidiano dos serviços? Quais os territórios em que as pesquisas são realizadas na Atenção Primária à Saúde, referente ao acolhimento e vínculo?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

- Avaliar as contribuições das pesquisas realizadas na Atenção Primária à Saúde para as práticas de acolhimento e vínculo no SUS.

1.3.2 Específicos

- Levantar e analisar as pesquisas local e nacional realizadas na Atenção Primária à Saúde referente ao acolhimento e vínculo;
- Descrever como as práticas de produção do cuidado relacionadas ao acolhimento e vínculos são produzidas no território da Atenção Primária.
- Discutir com os diversos atores da Atenção Primária à Saúde as contribuições e desafios das pesquisas para as suas práticas de acolhimento e vínculo produzidas no cotidiano dos serviços

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA

2.1 A AVALIAÇÃO EM SAÚDE: HISTÓRIA E PERSPECTIVAS TEÓRICAS E PRÁTICAS

A escassez de recursos no campo da saúde e a tensão entre as expectativas de atendimento dos usuários em função do desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, além da necessidade de controlar os gastos públicos desencadeou uma preocupação em desenvolver estratégias de avaliação nas últimas décadas nos países latino-americanos.

No Brasil, observa-se um conjunto de iniciativas voltadas à reforma do setor saúde a partir de 1990 (BOSI, 2010). As primeiras experiências tinham como objetivos a melhora da cobertura e da qualidade dos serviços, além da promoção de práticas pautadas na integralidade e estavam impulsionados pelos processos de democratização e de participação social nos sistemas de saúde. É possível perceber que, enquanto algumas reformas se voltavam à privatização e à mercantilização dos serviços, outras se preocupavam com a universalização e o acesso gratuito a esses serviços, dentre outras polarizações, que se contextualizam em transformações mais amplas geradas nas relações entre o Estado, sociedade e mercado (ASE, 2006).

Assim, tornou-se crescente o interesse por propostas e práticas avaliativas com enfoques qualitativos e participativos como o modelo proposto por Guba e Lincoln (1989), contrapondo como o modelo positivista, possibilitando a incorporação de novas dimensões na prática avaliativa, anteriormente não consideradas. Aspectos como alteridade, subjetividade e participação dos distintos atores sociais foram incluídos no processo avaliativo, por isso, denominadas, avaliação participativa.

Alguns autores, como SILVA, 1999; UCHIMURA e BOSI, 2002, observaram que a relevância da participação dos usuários na avaliação implica considerar valores, ideologias, crenças de usuários, comunidade e agentes implicados. Nesse sentido, as metodologias qualitativas favorecem a investigação desses espaços de intersubjetividade. A avaliação participativa pode ser um instrumento de empoderamento dos beneficiários (FARIA, 2005) ampliando a

aprendizagem e a promoção de projetos políticos democráticos, na qual os sujeitos e as comunidades podem realizar seu potencial humano e social, construindo consciência crítica a respeito da realidade (BRANDÃO; SILVA, 2008).

Os autores chamam a atenção para a dimensão ético-política que as práticas de avaliação podem assumir, alcançando mediação entre o sujeito (ou comunidade) e a compreensão crítica de sua ação no mundo (projeto, programa ou prática). Em seu artigo, os autores apresentam a metodologia, que envolve lideranças comunitárias, a comunidade onde se atua e o poder público, implicados em conversas e negociações em torno de conjuntos de perguntas avaliativas, como "quem participa? Quem avalia? Quem toma decisões? Quem assume as consequências?". O método básico envolve "a roda", arena política e matéria prima a ser trabalhada na avaliação. São destacadas as questões a serem trabalhadas: O que significa avaliação para nós? Por que vamos fazer uma avaliação? Quem participa da avaliação? O que será avaliado? Quais perguntas vamos responder? Quais evidências devemos buscar para respondê-las? Precisamos agregar outras coisas além de nossas opiniões? De que maneira vamos colher essas informações? O que as informações nos revelam? O que aprendemos com tudo isso? (BRANDÃO; SILVA, 2008).

De acordo com Laperrière e Zúñiga (2007) toda avaliação participativa é atravessada por uma ideia que contém valores, aspirações e esperanças que dinamizam a ação, e pela ação transformadora em si, que desencadeia no avaliador a pressão ética de tomar consciência de seus próprios valores, que sustentam a própria construção metodológica da avaliação. "A avaliação é o encontro do mundo das ideias com o das evidências e sua expressão não poderá forçar a linguagem de um sobre o outro" (LAPERRIÈRE; ZÚÑIGA, 2007, p. 40).

Os autores Laperrière; Zúñiga (2007) propõem a participação do coletivo de atores envolvido em todas as etapas das avaliações, desde a definição de metas e de meios, até a construção de estratégias de coleta e de análise de informações e elaboração dos relatórios, constituindo um espaço de mediação, em que participantes atuaram como agentes multiplicadores e de contato.

É importante salientar que o paradigma positivista ainda é muito presente no campo das pesquisas, entretante é possível perceber um aumento significativo das abordagens qualitativas, construcionistas e participativas nas últimas duas

décadas, causando impacto na ampliação das reflexões sobre os diferentes contextos e implicações da avaliação.

As propostas de Contandriopoulos (2008), relacionadas às metodologias participativas despertam novos desafios para o campo das pesquisas avaliativas. Tais metodologias envolvem desde a necessidade de uma preparação pessoal e coletiva, um aprendizado das formas de participação, pressupondo a formação de consensos e tomada de decisões conjuntamente.

Nesse sentido, há uma circulação diferenciada do poder, o pesquisador (avaliador) não é visto como *expert*, mas alguém que compartilha, negocia com os demais atores envolvidos no processo avaliativo. A proposta de Leite e Nunes (2009) considera os participantes como sujeitos de diferentes saberes e posições de poder, que podem apropriar-se da avaliação numa lógica de empoderamento que é, simultaneamente, constitutivo do e constituído pelo processo avaliativo".

No âmbito da atenção básica à saúde, é importante destacar que as políticas de avaliação contribuem para o reordenamento das práticas no cotidiano dos serviços. Há ainda que se enfatizar a necessidade de alternativas que aprofundem o papel crítico dos usuários. Nesse sentido, percebe-se a necessidade da comunidade incorporar novos sentidos e significados nas ações de saúde.

Desse modo, Contandriopoulos (2006) destaca os desafios de conceber e implantar uma cultura de avaliação da saúde, mostrando a capacidade de institucionalização da avaliação como instrumento de melhoria do sistema de saúde.

Para Felisberto (2006), o Ministério da Saúde vem desenvolvendo iniciativas para implementação de uma cultura avaliativa nas instâncias gestoras do SUS, incluindo as instituições de ensino e pesquisa, seus órgãos colegiados e o olhar do profissional que presta serviço à população nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006). Considerando que os dispositivos bem fundamentados geram processos de avaliação com vistas à qualificação da atenção básica, a partir de 2003, iniciou a implantação de uma política de avaliação para a atenção básica.

Nesse contexto, avaliar a efetividade do acolhimento, a qualidade das relações interpessoais na organização dos serviços, a ética no cuidado e processos assistenciais, convergem para a utilização de abordagens metodológicas que permitam a compreensão das ferramentas de cuidado considerando a perspectiva histórica, político e cultural dos diversos atores implicados.

É importante destacar o lugar da avaliação no fortalecimento do controle social e da gestão democrática e participativa no SUS. Entretanto, é fundamental identificar a sua capacidade de endossar práticas preexistentes. Por isso, a participação de todo o coletivo implicado na busca de uma melhor interação e diálogo. Neste estudo, concebe-se a avaliação participativa construtivista como um recurso para manter acesa a chama da consolidação da Reforma Sanitária brasileira, como um espaço de luta pela melhoria do SUS.

No Brasil, o campo da avaliação tem despontado nos últimos anos como um recurso importante, seja para identificar se os programas implantados apresentam resultados de acordo com o que se propõem, seja para analisar se os recursos financeiros estão bem aplicados.

Alguns autores, como Stake (1983); Cronbach (1980); Fetterman (1996); House e Howe (1985); Guba e Lincoln (1989) e Patton (1997), chamam a atenção para a importância da avaliação participativa, no campo da saúde, utilizando abordagens construtivistas.

Pode-se considerar que a avaliação participativa teve origem a partir dos anos 1970, cujas primeiras experiências foram na educação de adultos e na investigação no setor da agricultura. Surgiu diante da insatisfação dos métodos convencionais, que se mostravam neutros e objetivos, além de não apresentarem viés metodológico conforme, Furtado e Campos (2008).

Para Fetterman (1996), é importante que as pessoas sejam empoderadas para tornarem-se agentes transformadores e assim, consigam resolver os problemas identificados a partir da avaliação.

Para Patton (1997), o modelo avaliativo é usado para discutir e compartilhar entendimentos, fornecer suporte, promover a participação de diferentes instâncias de interessados, desenvolver e fortalecer a capacidade organizacional, criar um fluxo de informações sobre o programa e sobre os resultados da avaliação entre os envolvidos.

O autor acima citado propõe a “Developmental Evaluation” (avaliação para o desenvolvimento), que não representa um modelo de avaliação em si, mas um relacionamento da avaliação com o programa, reconhecendo a complexidade dos contextos onde a inovação é concebida.

A avaliação para o desenvolvimento, de acordo com Guba e Lincoln (1998), consiste em processos e atividades de avaliação que apoiam o desenvolvimento de um programa, projeto, produto ou organização. Nesse contexto, o avaliador faz parte de uma equipe cujos membros colaboram para conceber, planejar e testar novas abordagens num contínuo processo de melhoria, adaptação e mudança. A função primária do avaliador na equipe é a de elucidar discussões com base tanto em dados como na lógica avaliativa e de facilitar a tomada de decisões baseadas em dados no processo de desenvolvimento.

Os autores Guba e Lincoln (1989) propõem uma abordagem alternativa, chamada por eles *responsive constructivist evaluation* (avaliação responsiva e construtivista): responsiva, pois pretende ser sensível às reivindicações e questões de grupos de interesse; e construtivista, baseada no paradigma construtivista para o qual a realidade é uma construção social, inclusive o objeto da avaliação.

No Brasil, a avaliação participativa tem seu expoente a partir da linha de pesquisa-ação de Paulo Freire, nas décadas de 1960 e 1970, e teve caráter político emancipatório. Notadamente, serviu como modelo de pesquisa em educação utilizada em vários países, inaugurando um novo caminho epistemológico (FARIA, 2008; CECCIM, 2005).

O pensamento de Freire, de acordo com os autores acima citados, tem como foco a conscientização, a libertação do pensamento denominado ingênuo, por meio do desenvolvimento da crítica advinda das trocas profundas de experiência entre os participantes, da perspectiva das práticas sendo objeto de reflexão dos sujeitos que as experienciavam, da aproximação com os setores populares, e o choque com os próprios valores e práticas do pesquisador, demandando modificações constantes desses aspectos.

A avaliação é nesse contexto um processo sociopolítico que deve ser compreendida com todos os seus componentes essenciais e significativos das condições sociais, culturais e políticas dos grupos de interesse, tornando o seu processo um movimento de ensino e aprendizagem na qual todos os envolvidos, inclusive o avaliador, são simultaneamente aprendizes e instrutores.

2.2 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA NA CONSTRUÇÃO EPISTEMOLÓGICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, representou um marco nos debates sobre os rumos das políticas de saúde em todo o mundo, propondo a saúde como direito humano fundamental. Mesmo considerando o seu contexto acirrado da crise econômica internacional, não é possível desconsiderar sua influência nas mudanças do cenário mundial ocorrido na década de 1980, conhecida como década do ajuste fiscal. Os estudos de (MATOS, 2000; ASSIS, 2007) ressaltam que muitos países já enfrentavam dificuldades no setor da saúde devido a crescente elevação dos gastos, sinalizando a necessidade de promover reformas no sistema de saúde, que abrangessem desde as mudanças do modelo assistencial até a melhor organização, racionalização e utilização dos recursos.

Os custos elevados do tecnologismo médico e a baixa resolutividade representavam uma preocupação para os países ricos. Além disso, a sustentação econômica da saúde promoveu a busca por novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência. De outro lado, estavam os países pobres e em desenvolvimento que sofriam com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias.

Dessa forma, conforme expõe Assis (2007), a Declaração de Alma-Ata significou um marco consensual sobre as estratégias que os países deveriam adotar para garantir um tipo de acesso a toda população, independente da classe social e econômica, denominado de cuidados primários à saúde. Nesse novo modelo de atenção, além da garantia de atendimento às necessidades básicas da população, representou também um marco ao incluir a participação comunitária como estratégia essencial do novo modelo.

Matta (2005) acrescenta que a Declaração de Alma-Ata representou muito mais do que uma proposta de pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Apontando a necessidade urgente da criação de sistemas universais de saúde, concebendo a saúde como um direito humano; propondo a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; o fornecimento e até mesmo a

produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com a suas necessidades; compreendendo a saúde como resultado das condições sociais e econômicas, e das desigualdades entre os diversos países; e estimulando o protagonismo dos governos na gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional.

Em termos de movimento social e político, o movimento sanitário brasileiro, iniciado na década de 1970 impulsionou as concepções da atenção primária à saúde aos ideais reformistas, na busca de uma reorientação do modelo assistencial e se contrapondo ao modelo médico-privatista vigente no país. Paralelo a isso, a crise do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), centrado no modelo médico-previdenciário fez surgir as Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinham como objetivo o fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde voltado para as ações integrais. Como atestam os autores Fausto (2005); Mattos (2000) e Starfiel (2004), as AIS surgiram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos.

A constituição do SUS (Brasil, 1988) e sua regulamentação (Brasil, 1990) viabilizaram a construção de uma política de ABS para reorientação do modelo assistencial, tornando-se a “porta de entrada” da população no sistema de saúde. A Atenção Básica à Saúde desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, como pode ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica, definindo-a como:

Um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social. (BRASIL, 2006, p.450)

Nesse contexto, a Atenção Primária é tida como estratégia orientadora da organização do sistema de saúde que tem nos seus fundamentos, atender as necessidades da população, e concebendo a saúde como direito social de todos, mas constituída em um modelo neoliberal de saúde.

No cenário da América Latina, na década de oitenta, do século XX, o modelo de atenção primária foi defendido por agências multilaterais, alcançando o discurso hegemônico a implementação de uma cesta de oferta mínima de serviços, que atendessem as necessidades de saúde da população. Atualmente, percebe-se que os países da região estão buscando políticas para fortalecer a APS como estratégia para organizar os serviços e promover a equidade em saúde renovando uma abordagem abrangente de APS.

No Brasil, a regulamentação do Sistema Único de Saúde, baseada no modelo socialista de saúde e baseada na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, constitui-se diferente da concepção seletiva de ABS, assim, o termo atenção básica em saúde, definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

É possível identificar um confronto de ideias e práticas entre o que se propõe no modelo de Atenção Primária à Saúde e os princípios norteadores do modelo de atenção básica de saúde, este representando historicamente a luta política e social na qual os diversos atores sociais se implicaram na busca dos princípios básicos do SUS, a equidade, integralidade, acessibilidade, universalidade, descentralização e resolubilidade.

Para Ceccim (2014), o Movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário organizou-se e consolidou-se principalmente como um movimento social em defesa da saúde como um direito de cidadania e como parte integrante e ativa das lutas contra a ditadura militar. O slogan “saúde é democracia” designava um direito à saúde e era a expressão de um conjunto de condições saudáveis das quais não seria mais possível abrir mão. Nesse contexto, a saúde ganhava uma classificação designada como “conceito ampliado de saúde”, integrada pelos fatores que determinam e condicionam estados de saúde e em defesa da superação da

dicotomia entre ações de promoção e prevenção (“saúde pública”) e ações curativas (“assistência médica”), como vigente até então.

O contexto singular de emergência desse movimento construiu um sentido também singular para a saúde pretendida: uma saúde colada no modo de vida das pessoas e, portanto, muito além do recorte biológico/psicológico do paradigma vigente (biomedicalização).

A Reforma Sanitária representou um marco histórico de lutas sociais, intelectuais, sanitárias e educacionais nos quais, colocou em cena, na vida prática, uma interseção entre as grandes áreas do conhecimento, representadas pela Saúde e pela Educação, que talvez devesse ser nomeada singularmente, reconhecendo seu valor acadêmico, institucional e de formulação de políticas públicas. Na Saúde sua expressão não justifica uma nova área que não a da Saúde Coletiva, mas nesta, uma subárea de Educação na Saúde, como ressaltou CECCIM (2014).

2.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A Declaração de Alma Ata (OMS, 1978) representou a síntese das discussões que se estabeleceram em torno das estratégias que deveriam ser adotadas pelos países, para a promoção da saúde à sua população, independente de suas origens sociais e econômicas, propondo uma nova abordagem na organização e racionalização dos recursos disponíveis através dos cuidados primários à saúde. Esta declaração foi um marco para o reordenamento dos sistemas de saúde no mundo, capazes de contemplar as necessidades mais complexas que fazem parte do contexto social, político e econômico das populações, introduzindo a participação comunitária como estratégia essencial desse modelo (ASSIS, 2007).

Os cuidados primários foram então definidos na Declaração de Alma Ata (OMS, 1978) como cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance das famílias e da comunidade. Essa abordagem, de acordo com Assis (2007), propôs uma compreensão sobre cuidados fundamentais que deveriam ser garantidos a todas as pessoas, como primeiro momento do processo

de atenção à saúde, cuja apreensão ultrapassaria os limites do setor saúde, na medida em que tais métodos e tecnologias seriam implementados através dos serviços de proteção, prevenção e reabilitação, e níveis de atenção que demandam dos vários setores sociais.

O modelo proposto na Declaração de Alma Ata impôs a necessidade de ação urgente de todos os atores e sujeitos sociais envolvidos com o setor saúde, para a promoção de justiça social. Ou seja, teria que estabelecer como meta, a garantia do acesso à saúde para todas as pessoas, apresentando a APS como primeiro nível de contato com os serviços, constituindo-se no início de um processo hierarquizado de atenção.

No Brasil, a partir da Constituição de 1988, a saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado. Impulsionado pelo movimento social da Reforma Sanitária Brasileira e inserido em um contexto político de redemocratização e busca pelos direitos do cidadão, a construção do Sistema Único de Saúde tem na 8ª Conferência Nacional de Saúde o ambiente formador de suas diretrizes, que anos mais tarde balizariam o texto que compôs as Leis Orgânicas da Saúde (LIMA *et al.*, 2005).

Paim (2009) define como princípios do SUS, a universalidade no acesso, integralidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas e igualdade da assistência à saúde, princípios e diretrizes estes, garantidos pela Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90. Esse mesmo autor, ainda aponta como diretrizes a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento, divulgação de informações e organização de serviços públicos de modo a evitar duplicidade.

Sobre a implantação do SUS, Paim *et al.* (2011) afirmam que esse processo se deu em um contexto político e econômico desfavorável. Enquanto o conceito do SUS pressupunha a existência de um Estado forte, que subsidiasse o acesso universal e demais princípios e diretrizes, o cenário macropolítico mundial era influenciado pelas políticas neoliberais. Além disso, a crise econômica da década de 1990, com altas taxas de desemprego e diminuição da receita fiscal no Brasil complicaram ainda mais a questão do financiamento do SUS, prejudicando a instalação de uma rede de serviços que fosse efetiva e de qualidade.

Para organizar o SUS e operacionalizá-lo, o Ministério da Saúde norteou a execução das ações e serviços de saúde a partir da lógica da Atenção Primária à Saúde, chamada de Atenção Básica – ABS, no Brasil. A base da atenção primária dos serviços de saúde propõe que os sistemas de saúde sejam dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional, voltados para promoção e proteção à saúde. Além disso, estes serviços devem ser centrados nas pessoas, ampliando suas capacidades de empoderamento e tornando-os responsáveis pela sua própria saúde, focados na qualidade e visando o custo-efetividade, além de se basearem em um financiamento sustentável (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, é importante destacar que, o processo de implantação da APS no Brasil foi consolidado ao longo das quatro últimas décadas e apresentou entendimentos distintos ao longo deste tempo e ganhou contornos específicos. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surgiu em 1991 e o PSF, em 1994. Estes dois programas ganharam impulso rapidamente, principalmente com a publicação da Norma Operacional Básica – 01/96 (NOB 96) e do plano de metas para PSF em 1997.

Com o tempo, este último tornou-se a estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde na busca da mudança do paradigma assistencial e da reorientação do modelo assistencial. A atenção básica deve ser a porta de entrada preferencial do SUS e nível de atenção para atuação nas seguintes áreas estratégicas: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão e da diabetes *mellitus*, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, mulher e idoso, saúde bucal e promoção da saúde.

Com a posição estratégia no Sistema Único de Saúde (SUS) de garantir a universalidade do acesso e a cobertura universal, cabe à atenção básica a efetivação de integralidade: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a atenção primária é o modelo de atenção à saúde, responsável pelos cuidados essenciais de saúde

baseados em métodos e tecnologias cientificamente fundamentados, socialmente aceitáveis e colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação.

O Programa de Saúde da Família surgiu em 1994 como uma estratégia para a reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde (BRSIL, 2004).

Nessa perspectiva, é possível identificar o caráter substitutivo do PSF com relação à "atenção básica tradicional" pautado pelos seguintes princípios: adscrição de clientela; territorialização; diagnóstico da situação de saúde da população e planejamento baseado na realidade local.

A adscrição da clientela refere-se ao novo vínculo que se estabelece de modo permanente entre os grupos sociais, as equipes e as unidades de saúde. A territorialização aponta para a relação precisa que se estabelece mediante a definição do território e da população, o que implica o mapeamento e a segmentação da população por território. O diagnóstico da situação de saúde da população permite a análise da situação de saúde do território, mediante cadastramento das famílias e dos indivíduos e a geração de dados. O planejamento baseado na realidade local viabiliza a programação de atividades orientada segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas em articulação permanente com os indivíduos, famílias e comunidades.

Com relação às características do processo de trabalho, as equipes devem ser multiprofissionais compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis por cuidarem em média de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de quarenta horas semanais. O trabalho deve ser articulado pela interdisciplinaridade, vinculação, competência cultural, intersetorial e fortalecimento de uma gestão local que deve ser participativa e democrática (BRASIL, 2004).

Para Campos *et al.* (2002) o PSF no Brasil, é original e inédito em sua concepção, pois mesmo baseado nas ideias de atenção primária, prevenção de doenças e promoção da saúde, o modelo brasileiro de PSF pressupõe o trabalho

multiprofissional e em equipe como processo básico para a integralidade do cuidado na atenção primária à saúde.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) configura-se como principal modalidade de atuação da atenção primária. Seus princípios são: atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; buscar a integração com instituições e organizações sociais e ser espaço de construção da cidadania.

Apesar dos mais de 30 anos desde o desenvolvimento do seu conceito, a Atenção Primária ainda enfrenta inúmeros desafios para se consolidar enquanto estratégia de reorganização de sistemas e serviços de saúde. Num cenário com tendências que comprometem a resposta dos sistemas de saúde, como o hospitalocentrismo e a fragmentação do cuidado, a APS precisa de um movimento de renovação para se fortalecer e garantir uma reação mais rápida aos novos desafios impostos. Esse movimento deve considerar equidade em saúde, cuidados destinados as pessoas em primeiro lugar, garantia da saúde da comunidade, participação social e saúde como prioridade na agenda pública dos governos (OMS, 2008).

No Brasil, o termo utilizado muitas vezes como sinônimo da Atenção Primária à Saúde é Atenção Primária (APS). A Política Nacional de Atenção Primária - PNAB foi aprovada por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e conceitua a AB com base em princípios já contemplados pela APS. A PNAB aponta como fundamentos e diretrizes da Atenção Básica a territorialização, o acesso universal e contínuo, adscrição de usuários e vínculo, integralidade dos serviços e incentivo à participação social. Além disso, a APS ainda tem como funções ser base para a prestação do cuidado, ser resolutive, coordenar o cuidado e organizar a redes de serviços (BRASIL, 2012).

A integração entre a Atenção Primária e a Saúde Pública é uma estratégia primordial para alcançar populações desassistidas tendo em vista que encoraja iniciativas baseadas em ações na comunidade e abordagens práticas transdisciplinares (PINTO *et al.*, 2012). O caminho para garantir essa integração no Brasil foi a criação do Programa Saúde da Família, hoje chamado Estratégia Saúde

da Família, por ter superado seu caráter programático pontual e ter se tornado eixo norteador da implantação e organização das ações no nível da Atenção Básica (TEIXEIRA, 2006).

A ESF é considerada um modelo de Atenção Primária centrada na unidade familiar e operacionalizado na esfera comunitária. No Brasil, a ESF coordena todo o espectro assistencial em saúde, pois identifica as necessidades de atendimento, referencia aos profissionais adequados e acompanha os resultados a partir das equipes de Saúde da Família. Define-se a ESF como um modelo de atenção primária, que atua na prevenção, promoção e reabilitação por meio das ações das equipes de Saúde da Família. Estas devem estar comprometidas com a integralidade da assistência, focadas na família e guiadas pelo perfil epidemiológico e sociocultural da comunidade (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

O grande desafio para o fortalecimento da AP no Brasil é a expansão da Estratégia Saúde da Família em cidades com mais de 100 mil habitantes. Nesse contexto, o Ministério da Saúde, em parceria com o Banco Mundial, desenvolveu o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que viabiliza recursos para estruturação de equipes/unidades e ampliar/reestruturar iniciativas voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos da Estratégia Saúde da Família. O PROESF ressalta os princípios fundamentais da ESF e se estrutura em três componentes: apoio à conversão do Modelo de Atenção Primária de Saúde, desenvolvimento de recursos humanos e monitoramento e avaliação (BRASIL, 2003).

A expansão da Estratégia Saúde da Família no Brasil tem revelado um aumento expressivo na cobertura das ações e serviços de saúde. No entanto, o grande desafio encarado pelo SUS hoje é a busca pela qualidade, tendo em vista que a garantia de acesso já é uma conquista de muitos cidadãos (PAIM, 2009).

Alguns autores como Carvalho (2008); Junqueira (2000) e Teixeira e Paim (2002) chamam a atenção para a atuação intersetorial como condição para uma APS abrangente, já que a esta envolve a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, significando a necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais dos processos saúde-enfermidade, o que exige articulação com outros setores de políticas públicas.

As articulações intersetoriais buscam superar a fragmentação das políticas públicas, sendo entendidas como a interação entre diversos setores no planejamento, execução e monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais. Teixeira e Paim (2002) consideram que na saúde, a articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde. Para esses autores, os resultados de saúde alcançados por meio da intersetorialidade são mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só.

2.4 A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NAS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO E VÍNCULO

As ciências positivistas, predominantes até meados do século XX desconsideravam a relação que se institui no ato de cuidar. Pautadas no modelo biomédico de saber para responder o que era normal ou patológico, o corpo biológico era compreendido como o único objeto de cuidado, a prática médica assim, era centrada na cura e na relação unilateral desta relação médico – paciente, onde as relações de poder estavam bem estabelecidas.

Para Merhy (1997), o advento das ciências humanas e sociais, no século XIX, mobilizaram uma compreensão histórica, crítica e social da doença, imbricadas de sofrimento, exigindo uma postura clínica que permite vê-la, ali no corpo biológico genérico, percebendo o sofrimento como uma expressão particular das leis gerais científicas do processo saúde-doença.

O princípio da integralidade, proposto pelo SUS, traz a produção do cuidado como possibilidade de olhar para o usuário, a saúde e o cuidado, considerando os múltiplos fatores que permeiam uma mesma situação. Além disso, a humanização no SUS tem destacado a importância da reflexão, da aprendizagem e de novas possibilidades no fazer cotidiano dos serviços de saúde.

As ações humanas se constituem no plano das relações intersubjetivas e se processam nas práticas sociais do campo da saúde, tendo como seu fundamento a capacidade de simbolização e construção de sentidos em relação. Compreender a relação intersubjetiva, enquanto espaço de humanização das práticas, é

compreender a relação simbólica entre sujeitos historicamente situados. Em outras palavras, o humano se constitui em relação e não existe a não ser, se relacionando (MERHY, 1997).

O cuidado em saúde é circunscrito pelo trabalho vivo em ato, a partir das relações entre os sujeitos, através das tecnologias leves como acolhimento, vínculo e corresponsabilização, permitindo ao trabalhador criar espaços para que sejam considerados desejos e afetos, seus e dos usuários (MERHY, 1997).

Desse modo, o trabalho em saúde compreendido sob a ótica da micropolítica do trabalho vivo em ato, é um processo de construção dos encontros singulares nos atos de cuidar como uma práxis que expõe a relação homem-mundo em um processo de mútua produção, ou dito de outra forma, o trabalho não é apenas uma atividade operativa, mas uma atividade que se constitui no ato das relações.

Para Merhy (2004), toda atividade humana de produção é antecedida pela construção mental do produto a ser realizado e se antepõe ao processo de trabalho em si. Assim, é essa construção mental que dá sentido ao trabalho. O homem trabalha a partir de um recorte interessado do mundo, projetando-o para as atividades que irão compor o processo de trabalho envolvido na fabricação do produto desejado.

O processo de produção envolve sempre certos componentes: o trabalho do homem em si, o conjunto de elementos que são tomados como matéria-prima e os que são utilizados como ferramentas ou instrumentos de trabalho. E esses componentes estão articulados em função do projeto que se está colocando em marcha. Este modo de organizar o processo de trabalho envolve certa sabedoria, que permite ao homem juntar todos esses componentes e com seus atos 'vivos' realizar certo produto. Ou seja, não basta apenas projetar, é necessário "um" certo saber tecnológico para juntar aqueles três componentes e transformá-los em um produto específico.

O trabalho vivo em ato é o trabalho criador, que possibilita a fabricação de um novo produto. O homem, no processo produtivo, pode utilizar com certa autonomia os elementos que já estão dados e esse autogoverno está marcado pela

ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades que persegue (MERHY, 2004).

Assim, pode-se pensar que o trabalho vivo em ato é um convite a olhar para duas dimensões: uma, é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização por meio da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto - para que ele serve, que necessidade satisfaz, que “valor de uso” ele tem.

A outra dimensão é a qual se vincula ao produtor do ato, profissionais de saúde, e sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. Detalhar estas duas dimensões é fundamental para entendermos o que é o trabalho como prática social e prática técnica. Como ato produtivo de coisas e de pessoas.

No campo da saúde coletiva, as práticas da clínica ampliada são compreendidas como atos produtivos capazes de promover mudanças e se modificarem, afetar e ser afetados na relação dialógica do cuidado. Assim, além de orientadas pelos saberes científicos, são também constituídas a partir da sua finalidade subjetiva, configurando uma relação de interseção (AYRES, 2004).

Quando um trabalhador de saúde encontra-se com o usuário no interior de um processo de trabalho dirigido à produção de atos de cuidado, estabelece-se entre eles um espaço de interseção que sempre existirá, em ato, em seus encontros. Portanto, no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (com suas ferramentas, conhecimentos, equipamentos) e do agente consumidor (com suas intencionalidades, conhecimentos e representações), que torna o agente consumidor parte objeto daquele ato produtivo, mas ainda agente, que interfere no processo.

O trabalho em saúde, que se realiza sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, é centrado no trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto visando à produção do cuidado. É um processo de produção que opera com altos graus de incerteza e que é marcado pela ação territorial dos atores em cena, no ato intercessor do agir em saúde (MERHY, 1997).

O acolhimento surge como uma práxis para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde, ultrapassando a simples relação de prestação de serviço. De forma mais profunda, o acolhimento implica uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada. Com base nesse conceito, o desenvolvimento do acolhimento como tecnologia essencial para a reorganização dos serviços caracteriza-se como elemento-chave para promover a ampliação efetiva do acesso à AP e aos demais níveis do sistema. O acolhimento relaciona-se, portanto, com o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, com a resolubilidade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades dos usuários.

Nessa perspectiva de produção do cuidado, o diálogo torna-se a principal ferramenta de cuidado, na relação profissional - usuário, traduzindo-se busca de informações para melhor compreender as necessidades do usuário, deflagrando e decidindo fluxos dos usuários pelo serviço, configurando assim, um espaço de negociação permanente das necessidades a serem satisfeitas.

Nesta concepção, o usuário e profissionais são ativos na relação, sendo o diálogo a ponte onde de convergências e divergências das diversidades, que não precisam necessariamente serem satisfeitas, mas compreendidas, como propõe Teixeira (2003), cada todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades. Complementando o pensamento, Silva Júnior (2007), diz que o sujeito deve ser reconhecido enquanto *lócus* de singularidade e por isso, suas necessidades produzidas são específicas, devendo assim ser ouvidas e respeitadas.

A implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2004 propôs a adoção dessas tecnologias relacionais (MERHY, 1997) no cotidiano das práticas dos profissionais de saúde, como uma abordagem integral norteada por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (BRASIL, 2004). O acolhimento é considerado o pilar desta política, incorporando uma visão ampliada do termo, assumir uma direção operacional para mudança da lógica de organização e de funcionamento dos serviços de saúde, já que traz um arsenal técnico de extrema potência devendo observar de acordo com Franco et. al. (1999) os princípios de: Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, com

a garantia de acolher, escutar e dar resposta positiva as necessidades trazidas pelos usuários; Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta do usuário e se compromete a resolver seu problema de saúde; Qualificar a relação profissional-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários.

Dentro da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), o acolhimento é tido como um dos processos constitutivos das práticas e promoção do cuidado em saúde. Uma vertente para análise das ações de acolhimento na Atenção Básica pode ser realizada com base na tríade acolhimento-diálogo, acolhimento-postura e acolhimento-reorganização dos serviços, compreendidas como possíveis dimensões do acolhimento.

Considerando a dimensão filosófica do cuidado, Boff (2003), complementa as concepções de Franco e Merhy (1998), relacionando o cuidado com a capacidade humana de se emocionar e se envolver; afetar e de sentir-se afetado com o outro, sendo o sentimento que dá significado e sentido às ações com o outro. Para ele, o cuidado é sempre atravessado por uma emoção, provocando sentimentos profundos, que transforma o encontro profissional-usuário em ato de afeto.

Assim, o cuidado é concebido e instituído pelas emoções intrínsecas vivenciadas no ato das relações, sejam pessoais, profissionais, passageiras ou permanentes. Em seu sentido antropológico, o cuidado é percebido como atividade criativa, capaz de realizar o ser humano e de construir sentidos cada vez mais integradores (Boff, 2003).

A luta pela integralidade como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) implica repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde.

Os modelos assistenciais têm-se mostrado pouco eficientes no cumprimento de seus objetivos e isto tem reforçado ideias de que as práticas podem ser mais eficazes quando postas como potentes ferramentas de construção do SUS e, por que não, da materialização da integralidade como direito e como serviço.

A integralidade é definida como um princípio do SUS, que considerando as dimensões biológica, cultural e social do usuário, orienta políticas e ações de

saúde capazes de atender as demandas e necessidades dos usuários na rede de serviços. Constrói-se na práxis das equipes de saúde com e nos serviços de saúde.

2.5 O ACOLHIMENTO E VÍNCULO COMO DISPOSITIVOS NA PRODUÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atitude do cuidado implica acolhimento, solidariedade e compaixão. Na relação do cuidador e da pessoa que recebe o cuidado brota a interação, a troca e o respeito entre os diversos saberes envolvidos. Por exemplo, a homeopatia, o apoio social, e outros recursos, propiciam o acolhimento dos sujeitos e chegam a aliviar o sofrimento. No entanto, o estímulo da consciência crítica e a autonomia do indivíduo em sofrimento permitem-lhe que restaure ou afirme os seus sentidos e significados frente às experiências da vida (LACERDA; VALLA, 2006).

A busca por práticas integrais no seio dos centros formadores e de pesquisa, nos serviços, na comunidade, enfim na conjuntura de atenção à saúde é percebida como um indicador que possibilita a exposição das necessidades suprimidas por um modelo que apenas medicaliza e não dimensiona amplamente suas ações e/ou intervenções.

Lacerda e Valla (2005) descrevem as idas e as vindas aos serviços públicos de saúde pelos usuários e o atendimento despersonalizado e fragmentado, refletido na sequência de solicitações de exames complementares e encaminhamentos para níveis mais especializados de atendimento. A oferta terapêutica parece limitada frente às necessidades dos pacientes e o único “remédio” acaba sendo os psicofármacos para as queixas mentais e emocionais.

Os espaços em que as trocas ou embates negativos possam ocorrer são “sets” de uma atuação dramática vivenciada por todos aqueles que interagem no meio social. A partir das respostas e contradições enfrentadas ou aceitas, pode-se fomentar a estruturação de novos percursos e rotas para alcance da saúde plena.

Luz (2006) refere-se a uma crise social no âmbito cultural e social. As pessoas hibernam em seus aposentos, na possibilidade de evitar as tensões da sociedade capitalista. Ao buscarem o serviço de saúde, presenciam a negatividade

da recusa e, muitas vezes, submetem-se a esta situação pela ausência de significação no próprio viver.

O cuidado deve perceber também as concepções de mundo, as preferências singulares e o modo de vida aceito e seguido pelo indivíduo na busca de seu tratamento, de seus desejos e/ou metas a serem alcançadas.

No Brasil, a rede de atenção em saúde tem no Sistema Único de Saúde (SUS) as diretrizes de organização, os princípios assistenciais e a operacionalização das ações. A formulação e estruturação do mesmo ocorrem por meio de um esforço de organizações e entidades na luta em defesa de seus direitos e na preservação de suas conquistas sociais na construção da cidadania (BRASIL, 2004).

Campos (2006) enfatiza que os sistemas públicos de saúde são superiores a alternativa neoliberal. Os aspectos decisivos que apontam esta diferença se congregam em três aspectos: Acesso – o sistema público cria a possibilidade da equidade e a utopia do direito à saúde, independentemente da situação social (status); Práticas terapêuticas – a atenção médica se torna ao mesmo tempo refém e algoz da gama de equipamentos, medicamentos e tecnologia voltada para os interesses de uma indústria que exige grandes investimentos e desarticula o próprio ato clínico em si, segmentando-o pela divisão do trabalho e remuneração, e deixando à margem do processo a eficácia das ações. O sistema público pode articular-se com os centros de pesquisa e a sociedade na viabilização de novas práticas, emergindo novos procedimentos e estratégias de enfrentamento dos desajustes sociais; e, por último, ações de Saúde Pública – a capacidade de organizar e de realizar ações de promoção, proteção e reabilitação à saúde, possibilitando a resolutividade a partir das ações integrais.

Surge algo concreto no trajeto em busca de uma atenção integral à saúde voltada para a inserção do sujeito como protagonista de sua própria vida e as relações deste para a manutenção de seu bem-estar e bem-viver.

O acesso aos serviços de saúde passa a ser a prioridade da rede de atenção e a dinâmica operacional das condutas empreendidas no favorecimento de ações de saúde que privilegiem a manutenção da vida precisa articular um conjunto de saberes, práticas e serviços em todos os níveis de complexidade.

O acolhimento é proposto também como elemento para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a responsabilização clínica e sanitária por meio de uma intervenção resolutiva. Neste entender, é impossível a produção da responsabilização sem o efetivo ato acolhedor e vinculado (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999).

Conforme Santos *et al* (2007, p.77):

Acolher, em uma unidade de saúde, inicia-se com o diálogo no momento dos encontros, por meio do trabalho em equipe, configurando-se numa verdadeira teia comunicacional, tanto para os trabalhadores entre si, como para os trabalhadores e usuários. Sendo assim, cada encontro é um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá (ou não) produzir o cuidado. Finalmente, a confluência dos encontros de maneira acolhedora possibilita que o resultado do cuidado seja a conquista da saúde, na sua integralidade.

Pinheiro *et al.* (2005) enfatizam que a definição de responsabilidades entre os serviços e a população, visando a humanização das práticas de saúde, requisita o estabelecimento do vínculo entre profissionais de saúde e os usuários, além do estímulo da comunidade no exercício do controle social.

Santos; Assis (2006) aponta que o “coeficiente de autonomia” pode ser ampliado na busca por suprir suas necessidades de saúde e, também, que todos os dispositivos da prática integral do cuidado confluem para uma resposta adequada, uma solução para os problemas, enfim para a resolubilidade das demandas sentidas e apresentadas.

A estruturação de um novo modelo de atenção à saúde que subordine a assistência individualizada aos preceitos coletivos e direitos de cidadania e que efetive as atividades de promoção e proteção à saúde sob os princípios éticos da universalidade, equidade e integralidade constitui um desafio para o sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2004).

A condição referida anteriormente submete as políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, às diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental. Tal compromisso deve ser assumido como forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2003).

As dificuldades encontradas no local de trabalho acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes, dada à complexidade desta prática.

3 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA

O delineamento do presente estudo segue opções teórico-metodológicas de pesquisa mais ampla, denominada “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”, financiada pelo CNPq, através do Edital Universal.

3.1 DIMENSÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA

O campo da avaliação possui uma grande variedade de abordagens e modalidades classificatórias, que se diferenciam pelo interesse prático: de acordo com o momento, com a função, com a procedência dos avaliadores e com os aspectos do programa que são objeto da avaliação (AGUILAR, ANDER EGG, 1994).

Para Contandriopoulos (2000), essa diversidade conceitual e metodológica não é capaz de estabelecer uma definição absoluta e universal da avaliação, mas define como objeto de um amplo consenso, o fato de que avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Existe uma relação histórica entre o desenvolvimento da avaliação no campo da investigação científica e o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, bem-estar social e educação que emergiram nos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial, representando um marco na história da avaliação, cujo objetivo naquela época era comprovar a eficácia dos recursos do Estado empregados nos programas (CONTANDRIOPOULOS *et al.* 2000; DENIS, CHAMPAGNE, 2000; PATTON, 1997).

As pesquisas qualitativas buscam apreender processos dinâmicos, históricos, políticos e em alguns momentos, simbólicos, dadas as representações que se constroem em torno do tema.

Essa pesquisa, a avaliação das pesquisas e suas contribuições para as práticas de acolhimento e vínculo no cotidiano dos serviços da Atenção Básica à Saúde, busca apreender o olhar participativo dos diversos atores envolvidos no processo, permeando o campo das relações sociais, e, influenciando e sendo influenciado por determinantes históricos, ideológicos, culturais, econômicos, políticos e sociais.

Nessa perspectiva, trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e participativa, compreendendo ser uma essa uma forma de envolver todos os grupos de interesse na reflexão crítica sobre as contribuições das pesquisas para as práticas de acolhimento e vínculo. Além de apresentar coerência e consistência simultaneamente em três níveis: ontológico, metodológico e ético.

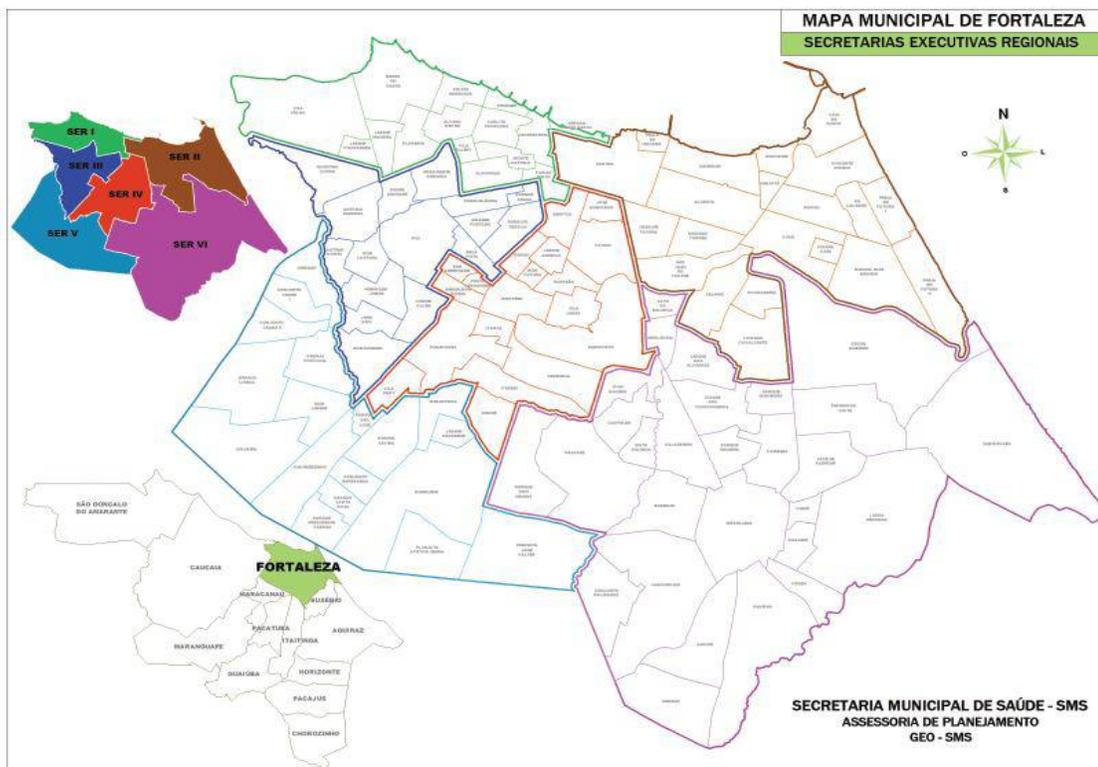
Compreende-se que a avaliação é, nesse contexto, um processo sociopolítico que deve ser compreendido com todos os seus componentes essenciais e significativos das condições sociais, culturais e políticas dos grupos de interesse, tornando o seu processo um movimento de ensino e aprendizagem na qual todos os envolvidos, inclusive o avaliador, são simultaneamente aprendizes e instrutores.

3.2 CENÁRIOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará. Esta possui uma população de 2.571.899 habitantes (IBGE, 2014) e em termos administrativos está dividida em 119 bairros, administrados pelas seis Secretarias Executivas Regionais (SER), que funcionam como instancias executores das políticas públicas municipais. Cada Regional dispõe de um distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistente Social e Infraestrutura (FORTALEZA, 2009).

Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada pelas seis SER, pelos seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMSF) (FORTALEZA, 2014).

Figura 1- Mapa Municipal de Fortaleza



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

A organização do sistema municipal de saúde tem se dado em Fortaleza através de redes assistenciais (RAs), a saber: Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família; Rede Assistencial Ambulatorial Especializada; Rede Assistencial Hospitalar.

Em complementação as informações coletadas no campo empírico, realizou-se o levantamento dos projetos de pesquisas realizadas na APS de Fortaleza, submetidas ao Comitê de Ética e Pesquisa da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – COGTES, órgão vinculado à Secretaria Municipal de Saúde do município de Fortaleza e responsável pelo recebimento, análise, aprovação e viabilização de todos os projetos de pesquisas, realizados nas instituições do sistema municipal de saúde da cidade.

A entrada no campo se deu a partir da observação sistemática do campo empírico, a saber, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde – UAPS localizadas no território da SER IV, com o objetivo de observar como as equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF, desenvolviam seus processos de trabalho, pautadas

nos princípios do SUS, para atender as demandas dos usuários que buscam atendimento nos serviços utilizando as ferramentas estratégicas de acolhimento e vínculo como dispositivos de produção do cuidado em saúde sob parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Nesse sentido, considerou-se o acolhimento como uma ferramenta proposta pela Política Nacional de Humanização – PNH, ancorada no protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, incluindo usuários, profissionais de saúde e gestores, fomentando espaços interdisciplinares e democráticos de discussão.

A etapa seguinte de coleta das informações foi o levantamento das pesquisas realizadas nos serviços de saúde do município de Fortaleza, que foram submetidas ao Comitê de Ética e Pesquisa da COGTES, no período de 2010 a 2014, cujo tema estivesse relacionado a acolhimento e vínculo na Atenção Primária à Saúde. Foram encontrados apenas dois projetos de pesquisas, conforme tabela 1.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram distribuídos em três grupos: Grupo I (técnicos da educação permanente do município), Grupo II (coordenadores da APS);

Grupo III (trabalhadores da equipe de saúde da família). Conforme mostra a tabela abaixo:

Tabela 1 – Descrição e quantitativo dos participantes da investigação.

Grupo	Descrição	Quantitativo	Técnica utilizada
Grupo I	Gestores e Técnicos da Educação Permanente do município	08	Entrevista semiestruturada
Grupo II	Coordenadores da APS	12	Grupo focal
Grupo III	Trabalhadores da equipe de saúde da família	14	Grupo focal
			Total 34 participantes

Fonte: próprio autor

Para participação na pesquisa, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (Grupo I) assumir função de gestor, gerente ou coordenador da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – COGETS; (Grupo II) exercer a função de coordenador das UAPS há pelo menos um ano; (Grupo III) ser trabalhador da equipe de saúde da família há pelo menos um ano. Todos os participantes expressaram o consentimento em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa.

Desse modo, as entrevistas foram realizadas com a gestora da Coordenadoria de Gestão do Trabalho em Saúde (COGETS), a fim de compreender de que forma está estruturada a coordenadoria e seu papel na viabilização das pesquisas em saúde no município.

Para complementar as informações da gestora da COGETS, foi realizada entrevista com o coordenador da Educação Permanente. Foi possível identificar como se organiza o fluxo das pesquisas realizadas no campo da saúde no município e a partir das informações obtidas, foi possível traçar o percurso a ser seguido para coletar as informações no campo empírico,

Ainda com relação ao primeiro grupo, foram realizadas entrevistas com os seis assessores técnicos da Educação Permanente das Secretarias Regionais – SERs. Essa etapa foi de suma importância para a compreensão do papel dos técnicos como articuladores dos processos de pesquisas, entre a instituição responsável no município, COGETS, e os campos de pesquisa (UAPS, CAPS, UPAS). Por isso, a opção por entrevistar técnicos que exercem a função há mais de um ano.

Na segunda etapa da pesquisa, participaram dos grupos focais os gerentes das Unidades de Atenção Básica à Saúde – UABS, da SER IV, totalizando doze participantes, além da coordenadora da Atenção Básica da regional. O objetivo nesta etapa foi discutir com os coordenadores acerca de seus conhecimentos sobre as pesquisas e o impacto destas em seus campos de atuação.

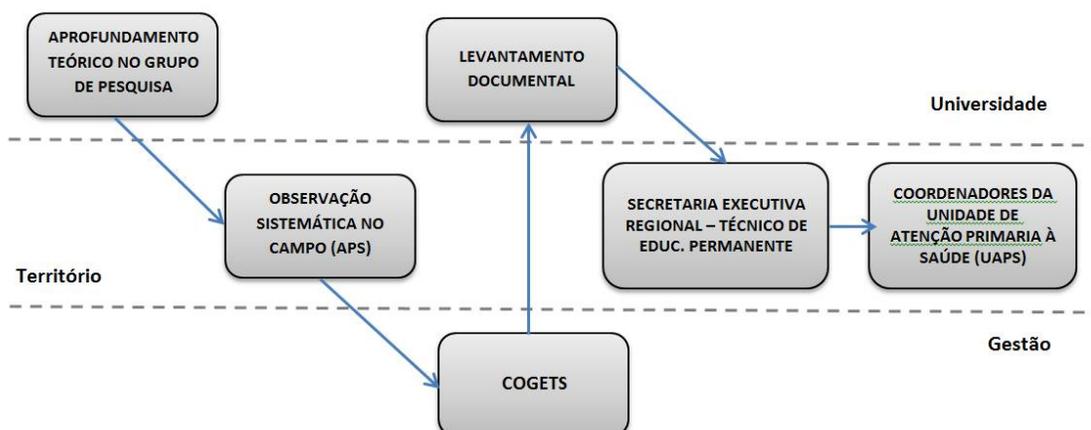
A terceira etapa da coleta de informações foi retornar às Unidades de Atenção Primária à Saúde – UAPS e realizar os grupos focais com os profissionais para entender de que modo estão sendo estabelecidas as relações entre

profissionais e usuários, sob a perspectiva do objeto em estudo, o acolhimento e vínculo.

3.4 O TRABALHO DE CAMPO E A COLETA DAS INFORMAÇÕES

Para a coleta das informações foram utilizadas as seguintes técnicas: entrevista semiestruturada, grupo focal e observação sistemática. A análise de documentos complementou as informações obtidas a partir do trabalho de campo, na interação com os participantes.

Figura 2 Fluxo do trabalho de campo.



Fonte: próprio autor

A pesquisa teve início com as discussões com o grupo vinculado à pesquisa mais ampla, 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”, além dos diálogos estabelecidos com o orientador e coorientador do projeto, que contribuíram significativamente para ampliar o conhecimento teórico sobre avaliação em saúde, as perspectivas da pesquisa, e o delineamento da coleta de dados.

A entrada no campo se deu a partir da observação sistemática e conversa informal com os profissionais da Atenção Primária sobre a realização e contribuição

das pesquisas. Neste momento foi observado que os profissionais não reconheciam a realização das pesquisas e por isso não poderiam falar de suas contribuições. Observou-se uma lacuna entre o processo de trabalho dos profissionais e as pesquisas realizadas neste cenário. A observação sistemática ocorreu nos meses de abril, maio e junho de 2014.

Baseou-se na descrição de Flicker (2009) para realização das observações sistemáticas, ou seja, observações sem intervenção durante a exploração do campo e material complementar as informações obtidas pelas entrevistas. Além destes, a observação permite identificar os participantes deste estudo, buscando vivenciar os fenômenos relatados nas entrevistas e apresentados na revisão de literatura, além de estabelecer uma aproximação com o cotidiano do trabalho dos diferentes sujeitos e conhecer *in loco* alguns estabelecimentos de saúde. Na prática identificou-se que observação foi fundamental para compreender a realidade de forma complementar a análise obtida a partir das entrevistas e dos grupos focais, pois permitiu captar uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações.

Tal evidência disparou a necessidade de buscar maiores informações na Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGTES), órgão responsável pelo gerenciamento e aprovação das pesquisas no SUS no município de Fortaleza. Depois desta constatação, foi realizada visita à COGTES e apresentação do projeto de pesquisa, a metodologia, seus principais conceitos aos gestores e técnicos da Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza. Esta etapa contou também com uma oficina envolvendo os grupos participantes, para definir as estratégias de operacionalização do trabalho de campo e o cronograma de trabalho.

O terceiro momento da pesquisa correspondeu ao levantamento documental, como forma de ampliar o conhecimento da produção local e nacional acerca das pesquisas realizadas na Atenção Primária à Saúde com enfoque nas dimensões de acolhimento e vínculo. Foram registrados, local e período de realização das pesquisas, seus participantes, pesquisadores e os resultados apontados.

A utilização dos documentos na pesquisa teve caráter complementar, representando um acréscimo às entrevistas e às observações, baseando-se nos estudos de Flicker (2009), que orienta sobre os desafios no uso de documentos nas pesquisas qualitativas, argumentando que “não se deva partir de uma noção de existência de uma realidade factual nos documentos comparada às opiniões subjetivas presentes nas entrevistas”, não devendo dessa forma, serem utilizados para validação das entrevistas, mas empregados como novos argumentos que podem ser coincidentes, complementares e/ou divergentes, possibilitando um adensamento às análises.

Nessa ótica, foram selecionados documentos que abordam as tecnologias leves de cuidado – acolhimento e vínculo, os projetos de pesquisas submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Coordenadoria de Gestão do Trabalho em Saúde – COGETS, no período de 2010 a 2014, bem como os artigos científicos publicados na base de dados da Livraria Científica On-Line - SCIELO, no período de 2004 a 2014.

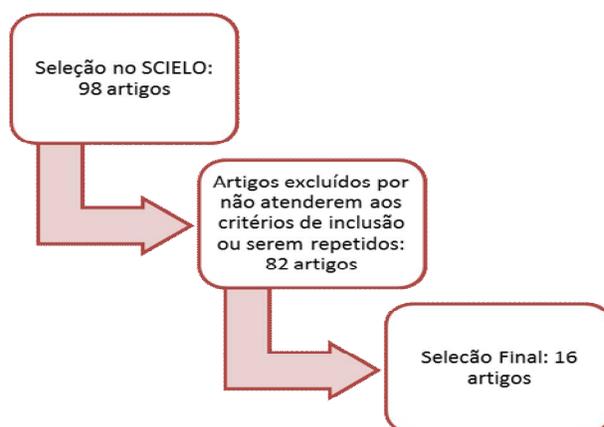
Justificou-se a ampliação do levantamento documental regional para o nacional mediante o baixo número de pesquisas relacionadas ao tema – acolhimento e vínculo na Atenção Primária no cenário local. Desse modo, percebeu-se a necessidade de identificar e discutir o que está sendo produzido no cenário nacional. Vale ressaltar a necessidade de ampliar o recorte temporal para os últimos dez anos, mediante a escassez de produção científica na área, nos últimos cinco anos.

Como forma de ampliar o conhecimento acerca da produção acadêmica nacional sobre o tema acolhimento e vínculo na Atenção Primária, foi realizado um levantamento nas principais bases de dados do campo da saúde, explicadas abaixo. Após este levantamento foi definida a Base de Dado para compor o estudo, tendo como principal eixo orientador o quantitativo de autores, de instituições e de textos bibliográficos produzidos sobre o tema: acolhimento em saúde acolhimento e vínculo na Atenção Primária à Saúde no recorte temporal da pesquisa.

A base de dados escolhida devido a sua relevância no meio acadêmico foi a Livraria Científica On-Line (SCIELO) que é parte do Projeto de pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), em parceria

com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), contando com o apoio a partir de 2002, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e constitui-se em uma biblioteca eletrônica que proporciona um amplo acesso a periódicos e artigos científicos.

Figura 3 - Fluxograma de seleção de artigos que enfocam o acolhimento e vínculo na APS, 2004 – 2015.



Fonte: próprio autor

Para organização do material, foi elaborada uma matriz de análise onde foram reunidas as seguintes categorias: base de dados, descritores, autor, ano de publicação, nome do periódico, objetivo do estudo e eixos temáticos. Esta foi uma etapa inicial na composição da análise dos dados em sua totalidade, foi o momento descritivo do processo, conforme sistematizado no quadro abaixo:

Quadro1: de Esquema de Levantamento da Produção nas Bases de Dados

Base de Dados	Descritores	Autor	Ano de publicação	Nome do periódico	Objetivo do estudo	Eixos temáticos

Fonte: próprio autor

A ordenação dos dados teve por objetivo mapear horizontalmente os textos levantados nas bases de dados, organizando-os em diferentes conjuntos

(temas, palavras, frases, parágrafos...). Os dados foram organizados tomando como ponto de partida os objetos de estudo e os recortes temáticos de cada artigo.

A base de dados SCIELO foi escolhida por apresentar os artigos na íntegra, facilitando o acesso às informações. Foram encontrados 98 artigos que tratavam de acolhimento e vínculo, no recorte temporal do estudo, no entanto, delimitou-se o descritor acolhimento e vínculo na atenção primária, compondo 16 artigos para proceder a uma análise do conteúdo, envolvendo o sentido e o significado da produção evidenciada na referida base. Considera-se que os artigos escolhidos retratam acerca do que se tem produzido sobre acolhimento e vínculo no território da APS.

Os critérios para exclusão foram: os artigos escritos em língua estrangeira, artigos de levantamentos bibliográficos e artigos que se repetiam.

Com a definição dos artigos que deveriam se submeter e a análise qualitativa, fez-se uma leitura exaustiva dos textos, fazendo uma síntese de cada artigo e delimitando o eixo temático correspondente, posteriormente, elaborou-se um esquema geral de análise, distribuindo os artigos por ano de publicação, objeto de estudo e o eixo temático.

Em relação à análise, escolheu-se a abordagem qualitativa em que pretendeu se aprofundar os significados e sentidos que conformam a produção relacionada ao tema de pesquisa, entrecruzando as diferentes produções em forma de artigo científico na base de dados, escolhida para análise.

Considerando as dimensões do acolhimento na APS, os artigos foram agrupados em três categorias (Quadro 1), embora um mesmo artigo possa compor mais de uma categoria: (I) Acolhimento e Vínculo: desafios para a produção do cuidado; (II) Acolhimento e Vínculo: dispositivos para a consolidação da integralidade; (III) Acolhimento e Vínculo: ação produtora de educação em saúde.

A aproximação do cenário, bem como a compreensão de como a informação do resultado das pesquisas é captada pelos profissionais, técnicos e gestores da Atenção Primária à Saúde foi uma nova etapa concluída. Nesta, foram identificados os diversos atores envolvidos no processo de viabilização, desenvolvimento e implantação das pesquisas no município. Os participantes refletiram e discutiram as contribuições das pesquisas, quem participou, bem como,

os desafios e facilidades da implantação em seus cotidianos de produção do cuidado.

Nesse processo, as técnicas foram escolhidas com o intuito de melhor captar a realidade investigada. Entre estas, a entrevista abordou questões subjetivas e objetivas, possibilitando a obtenção de informações a partir das falas dos entrevistados, fundamental para a compreensão da utilização das pesquisas nos serviços da APS. A neutralidade na relação empreendida no processo de aplicação da entrevista é limitada pelo fato dos sujeitos (pesquisador-entrevistado) estarem inseridos em um mesmo contexto e, portanto, vivenciam também o espaço onde está focalizada a investigação (MINAYO, 2013).

Percebeu-se que a maior vantagem da entrevista foi permitir aos participantes mover-se no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e prever o futuro. Foram obtidos dados objetivos e subjetivos nas entrevistas, considerando o seu “grau de estrutura”, de informação e pela qualidade do relacionamento entre o entrevistador e o entrevistado.

As entrevistas foram realizadas com os gestores da COGTES, técnicos da EPS e coordenadores da APS, entre os meses de fevereiro a junho de 2015, gravadas e armazenadas na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos entrevistados. É válido ressaltar, que após a gravação, todos os áudios permaneceram à disposição dos entrevistados, para que os mesmos pudessem ouvir e, caso desejassem, modificar ou acrescentar questões relativas ao seu discurso.

Foram realizados também três grupos focais naturais, no período de junho a agosto de 2015, com os coordenadores da UAPS e profissionais dos serviços da APS, para discutirem temas relacionados à produção do cuidado em seus cotidianos de trabalho, a partir das pesquisas em saúde no SUS.

Sobre os grupos focais, vale ressaltar que foram realizados separadamente, primeiro com os coordenadores da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e no segundo momento com os profissionais dos serviços, para evitar constrangimentos por parte dos grupos participantes. A escolha pela realização do grupo focal foi por perceber tal técnica como uma modalidade privilegiada de coleta de informações para as ciências sociais, a qual oferece a

possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2008).

Ainda de acordo com Minayo *et al.* (2008), a técnica de grupo focal é bastante utilizada nas pesquisas de avaliação, de forma combinada com entrevistas ou exclusivamente. Os princípios de definição amostral se baseiam na busca de aprofundamento e compreensão de um grupo social, de uma organização. A partir desses princípios, o foco se volta para questões acerca de quais serão os grupos, a quem e o quê observar. O temário de Grupo Focal serviu para construir temas analíticos, nas quais foram analisados de forma participativa pelos grupos, na busca pela compreensão, aprendizado e participação de todo o coletivo que compõe o processo da pesquisa.

Sobre os grupos focais, para os autores: Gattinara *et al.*, (1995); Novaes, (2000); Trad *et al*, (2002) e Tanaka; Melo, (2004), a técnica de grupo focal tem se mostrado útil na pesquisa avaliativa, quer seja realizado isoladamente ou na combinação técnicas associadas, uma vez que possui na sua base metodológica a inspiração construtivista, sendo capaz apreender a complexidade do objeto e seu caráter dinâmico. O objetivo dessa pesquisa, foi priorizar significativamente a visão de diferentes grupos participantes e contextos sociais do fenômeno avaliado.

A gravação foi solicitada, bem como dos desdobramentos dos grupos, que foram armazenados na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos entrevistados, os quais puderam dispor do material caso desejassem modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da presente dissertação obteve aprovação através do parecer consubstanciado do CEP da Plataforma Brasil, com o número 31117214.0.0000.5534 (Anexo G).

A investigação respeitou os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde

(CNS), a qual afirma que “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 2012).

Foram elaborados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, para os gestores (apêndice A), para gerentes e coordenadores (Apêndice B) e para os profissionais (Apêndice C) e seguiu-se às captações do material empírico após o consentimento de todos os participantes do estudo, respeitando os princípios éticos e legais. Portanto, os sujeitos tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado, autorizando da participação na pesquisa.

Após autorização, as entrevistas e os grupos focais foram gravados e, posteriormente, transcritos. Foi garantido o anonimato dos informantes; assim, os trechos dos discursos utilizados para ilustrar a análise foram identificados da seguinte forma: profissionais, gerentes e coordenadores da APS e os técnicos da Educação Permanente.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Ceará – UECE, recebendo parecer favorável, com número 662.093 (anexo H).

3.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

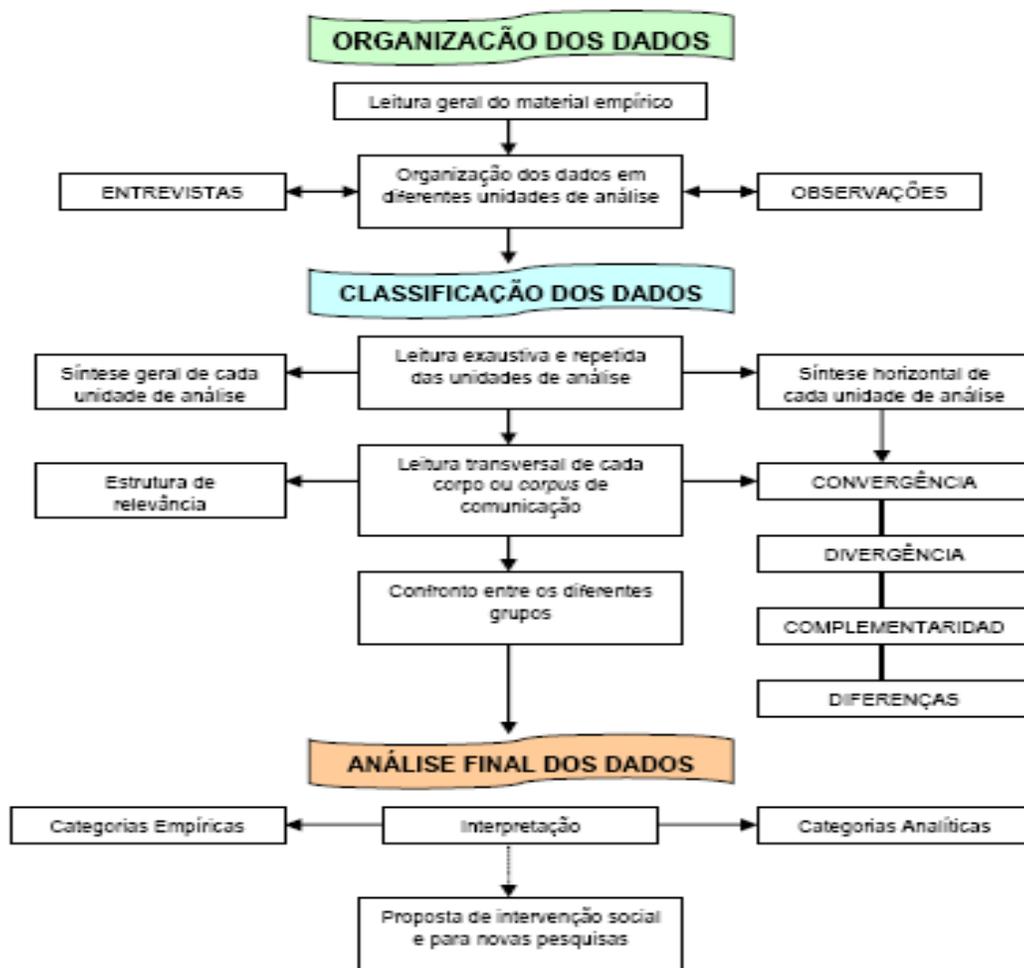
Para a análise das informações foi utilizada a abordagem qualitativa, pela sua capacidade de compreender sentidos e significados do fenômeno que se estuda e dar conta das relações, percepções e sentimentos, dando fomento para que o pesquisador seja capaz de adentrar e compreender a complexidade do universo estudado.

A análise dos dados foi direcionada por Minayo (2007), e adaptada por Assis e Jorge (2010), onde seguiu as etapas de ordenação dos dados, classificação e análise final. Nesse sentido, foram estabelecidas relações dialéticas entre as diferentes fontes, num processo de confronto do material empírico e o referencial teórico norteador, para a compreensão do olhar participativo nas pesquisas na Atenção Primária à Saúde, privilegiando as tecnologias leves de cuidado – acolhimento e vínculo.

Minayo (2008) enfatiza que entre as possibilidades de categorização no campo da saúde a mais utilizada é a análise de conteúdo temática, consistindo em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o tema pesquisado, para permitir comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira.

A figura a seguir representa o plano de análise desse estudo:

Figura 5- Plano de análise do estudo.



Fonte: Assis e Jorge (2010).

O primeiro momento da pré-análise consiste na leitura inicial do conteúdo das entrevistas e na retomada de hipóteses iniciais e dos objetivos da pesquisa.

Esta etapa pode ser composta das tarefas: leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

A leitura flutuante dos textos contidos nas entrevistas consiste em tomar contato com o conteúdo, de forma exaustiva, relacionado com os objetivos e hipóteses da pesquisa. A constituição do corpus deve responder a algumas normas de qualidade qualitativa, como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A formulação e a reformulação dos objetivos consistem na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material e as indagações iniciais. Nesta fase pré-analítica, determina-se a unidade de registro, unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais.

A segunda etapa consiste na exploração do material numa, operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas, em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Possibilita-se a visualização das ideias centrais sobre o tema em foco, representado em núcleos de sentido (o que dá sentido às representações das falas ou outras formas de expressão, relacionadas ao objeto de estudo).

A terceira etapa refere-se ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Consiste em colocar em relevo as informações obtidas e, a partir daí, fazer inferências e interpretações, articulando-as com a fundamentação teórica do estudo delimitado inicialmente ou possibilita a existência de outras pistas, em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, que surgem a partir do aprofundamento na leitura do material. As temáticas desenvolvidas na análise emergiram das unidades de significação ressaltadas do texto, e encontram-se no anexo C.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE AS PESQUISAS DE ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Para ampliar a compreensão a cerca da contribuição das pesquisas sobre acolhimento e vínculo no cotidiano das práticas de serviço na APS, percebeu-se a necessidade de realizar um levantamento das pesquisas realizadas nos serviços de saúde, no município de Fortaleza.

Para tal, o percurso inicial foi realizar o mapeamento de todos os projetos de pesquisas submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – COGTES, entre os anos de 2011 a 2014.

O Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES) da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza é uma política estruturante de organização e gestão do Sistema Único de Saúde desenvolvida e adotada pelo Município de Fortaleza. O Sistema de Saúde é aqui entendido como um espaço de aprendizagem permanente, reorientando o modelo assistencial, propiciando mudanças qualitativas no processo de trabalho em saúde, contextualizadas em uma vivência educacional que tem como protagonistas os gestores e os trabalhadores da saúde, as instituições formadoras e as diferentes representações dos movimentos sociais e populares. Para tanto, identifica três diretrizes: conceito de saúde como qualidade de vida, formação de profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população e um sistema com 24 central de desenvolvimento é o espaço do serviço e o seu território de abrangência (BARRETO *et al.*, 2006).

Compreendendo toda a rede de serviços de saúde existente no município como espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional, reconhece-se no SMSE a necessidade de promover momentos de problematização de práticas e compartilhamento de saberes do território para o contínuo processo de resignificação do trabalho e criação de novas realidades em saúde. Identificou-se

que, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza tem desenvolvido, juntamente com os atores e parceiros do SMSE, diversos processos formativos.

O levantamento dos projetos de pesquisas submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da COGTES foi realizado por ano. Para complementar as informações, realizou-se também entrevista com os gestores, para identificar o fluxo dos projetos de pesquisas submetidos ao CEP da COGTES, bem como compreender os “nós críticos” existentes nas dificuldades de implementar os resultados nas políticas públicas de saúde e no cotidiano dos serviços.

De acordo com os gestores da COGTES, *“a função da instituição no que se refere à aprovação dos projetos de pesquisas a serem desenvolvidos nos serviços de saúde do município é principalmente sistematizar o processo de avaliação das pesquisas, com o objetivo de verificar a relevância social da pesquisa, bem como o mérito científico e a possível aplicação desses resultados para as políticas de saúde do município”*.

Observou-se que o trabalho dos gestores da COGTES é analisar os projetos de pesquisa que são encaminhados por diversas instituições de ensino superior e outras instituições de pesquisas no que se refere ao método científico desses estudos e a relevância social e a possível aplicação desses resultados para a política de saúde. Entretanto ao ser questionado se há um diálogo entre o município e o estado para a elaboração das políticas públicas em saúde, o gestor referiu que não existe, o que indicou uma ausência de comunicação entre as esferas no que se refere ao fluxo que os pesquisadores percorrem na realização de suas pesquisas.

Sobre o percurso do pesquisador na COGTES para obter a aprovação do projeto de pesquisa no CEP, o processo inicia com a elaboração um projeto de pesquisa padronizado, constando: capa, introdução, título, introdução, objetivos, método, tipo de estudo, cenário de estudo, os participantes do estudo, 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, as coletas de dados, os termos de consentimento, o termo de fiel depositário. O projeto já deve ter sido cadastrado na Plataforma Brasil. O projeto é protocolado na SMS ou na COGTES e encaminhado para avaliação.

O discurso dos gestores indicou que existe uma preocupação com fluxo para a liberação das pesquisas, entretanto não há uma continuação no processo de acompanhamento no decorrer das pesquisas, nem a exigência no retorno. *“Não existe uma obrigatoriedade formal. Agora nós estamos de certa forma, organizando um cadastro em que estão todas as pesquisas que são liberadas aqui, nós cadastramos o pesquisador, o telefone, pra depois de certo tempo vamos entrar em contato, se ele não realizar a devolução dos resultados”*.

Outro fator importante considerado no discurso do gestor sobre a falta de comunicação entre estado e município sobre as pesquisas realizadas foi, de que forma as pesquisas podem contribuir efetivamente na construção e consolidação das políticas públicas de saúde se os tomadores de decisão sequer tomam conhecimento dos resultados destas pesquisas?

Para os gestores, *“na realidade não há esse intercâmbio de informações”*, diminuindo a potência das pesquisas como instrumento de mudanças para as políticas e as práticas em saúde. De acordo com Cohen & Franco (1993), as pesquisas buscam proporcionar conhecimento para mudar a realidade, sendo fundamental para a elaboração de programas e projetos.

Sobre a potência das pesquisas para melhorar o cotidiano das práticas de serviços da APS, os gestores da COGTES reconhecem a importância de utilizar tais resultados como balizadores na formação de cursos e treinamentos para os profissionais. Entretanto, os gestores apontaram a falta de retorno dos resultados, apontados nas pesquisas, como o maior entrave para a utilização destes como referenciais na elaboração dos cursos e capacitações. *“Existem muitas pesquisas que avaliam os processos de trabalho, mas que a gente desconhece, porque não há retorno dos pesquisadores [...] obviamente, que essa coordenadoria é capaz de manejar recursos ou treinamentos no sentido de melhorar, agora, depende do retorno dos resultados, coisa que ainda efetivamente”*.

Na coleta das informações, tanto os gestores da COGTES, como os técnicos da educação permanente e com os coordenadores da APS, os discursos revelaram que, embora seja um compromisso assumido formalmente pelos pesquisadores, em apresentar os resultados das pesquisas para os participantes, na prática não existe esse retorno.

A seguir, estão mapeadas as pesquisas realizadas nas instituições de saúde do município de Fortaleza e submetidos ao CEP da COGTES, entre os anos de 2011 a 2014. Para fins de facilidade de observação, as tabelas foram construídas por ano e constam informações relativas ao campo empírico nas quais foram realizadas as pesquisas.

De acordo com o levantamento, durante o ano de 2011 foram encaminhados para análise pelo Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) 302 projetos de pesquisa, oriundos de diversas instituições de ensino superior e institutos de pesquisa, organizados por Secretaria Regional na qual foi realizada a pesquisa.

Foi possível identificar que, no ano de 2011, a SER VI foi a regional que mais serviu de campo empírico para a realização das pesquisas, na área da saúde, 79 pesquisas, representando 26% das pesquisas realizadas no município, neste ano. É importante ressaltar que a SER VI possui vinte UAPS responsáveis pelo atendimento diretamente aos moradores de vinte e nove bairros. Sua população estimada em 510.381 mil habitantes (IBGE, 2009) e ocupa uma área que corresponde a 42% do território de Fortaleza, reunindo 20,37% da população do município e tem, também, a população mais jovem: 50% dos habitantes têm, no máximo, 22 anos.

A SER VI é a regional com maior índice de analfabetismo do município, e o segundo em índice de violência entre jovens, de acordo com os dados do IBGE (2009). Em seu território estão localizados dois hospitais públicos municipais, o Hospital Gonzaguinha de Messejana e o Hospital Frotinha de Messejana, que servem de campo de pesquisa e estágio para as instituições acadêmicas do município.

TABELA 2- Distribuição dos projetos de pesquisa encaminhados no ano de 2011 para apreciação pelo SMSE, conforme dados fornecidos pelas Secretarias Regionais, que constituíam o campo do estudo:

SECRETARIA REGIONAL	NÚMERO DE PROJETOS	PERCENTUAL
I	26	8,6
II	32	10,6
III	29	9,6
IV	43	14,2
V	25	8,3
VI	79	26,2
Total	302	17,5

Fonte: próprio autor

Em 2012 foram encaminhados para análise pelo Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) 172 projetos de pesquisa, oriundos de diversas instituições de ensino superior e institutos de pesquisa. Foi possível observar que as Secretarias Regionais I e II, receberam apenas dez projetos de pesquisas para serem desenvolvidos em seus campos empíricos.

A Secretaria Executiva Regional (SER) II é formada por 20 bairros, onde moram 325.058 pessoas. Dentre todas as secretarias regionais de Fortaleza, a SER II é a que apresenta maiores incidências sociais entre seus bairros. Enquanto os bairros Aldeota, Cocó, Meireles e Salinas apresentam alto índice de IDH, os bairros Cais do Porto e Mucuripe apresentam índices elevados de violência e baixo IDH.

Tais disparidades são relevantes para a crítica acerca dos territórios nas quais as pesquisas em saúde estão sendo desenvolvidas e questionando se tais estudos estão inseridos nos campos mais fragilizados e possibilitando melhorias efetivas para as populações destes bairros.

TABELA 3- Distribuição dos projetos de pesquisa encaminhados para apreciação pelo SMSE, no ano de 2012, conforme as Secretarias Regionais (SER) sedes das unidades de saúde que constituíam o campo do estudo:

SECRETARIA REGIONAL	NÚMERO DE PROJETOS	PERCENTUAL
I	10	5,8
II	19	11,0
III	10	5,8
IV	16	9,3
V	20	11,6
VI	43	25,0
TOTAL	172	23,8

Fonte: próprio autor

Durante o ano de 2013 foram encaminhados para análise pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES) 232 projetos de pesquisa, oriundos de diversas instituições de ensino superior e institutos de pesquisa.

Destes projetos, 26 foram pesquisados nos campos empíricos das regionais III e IV, representando 25,1% das pesquisas realizadas em 2013. Os dados se mostram relevante se considerado que tais regionais recebem pesquisadores da UFC e UECE, respectivamente, campo empírico das duas universidades públicas.

As duas regionais juntas abrangem trinta e oito bairros e possuem vinte e oito UAPS, representando um total de 31% das UAPS de todo o município de Fortaleza. Ainda há uma Unidade de Pronto- Atendimento UPS, situada na SER IV e uma maternidade na SER III.

A SER VI foi campo de pesquisa para 23,3% das pesquisas realizadas no ano. Uma hipótese a ser levantada sobre este dado é que estão situadas na regional VI as duas maiores universidades privadas do município.

TABELA 4- Distribuição dos projetos de pesquisa encaminhados para apreciação pelo SMSE, no ano de 2013.

SECRETARIA REGIONAL	NÚMERO DE PROJETOS	PERCENTUAL
I	10	4,3
II	14	6,0
III	29	12,5
IV	27	11,6
V	20	8,6
VI	54	23,3
Total	232	100

Fonte: próprio autor

Durante o ano de 2014 foram encaminhados para análise pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES) 196 projetos de pesquisa, oriundos de diversas instituições de ensino superior e institutos de pesquisa.

Foi possível observar nos dados mapeados que a SER V foi a regional que menos recebeu pesquisadores no ano de 2014, apenas nove projetos de pesquisa. Considerando que o território da SER V I abrange 16 bairros é atendido por 18 UAPS, além dois hospitais municipais, o Gonzaga Mota José Walter e Nossa Senhora da Conceição, no Conjunto Ceará, percebeu-se que o seu território é pouco utilizado como campo para as pesquisas na área da saúde.

A Secretaria Executiva Regional V (SER V) possui 21,1% da população de Fortaleza. É a Regional mais populosa, mas também a mais pobre da capital, com rendimentos médios de 3,07 salários mínimos. O bairro mais populoso é o Mondubim (80 mil hab), seguido da Granja Lisboa, Genibaú e Vila Manoel Sátiro. O bairro Bom Jardim, teve sua população duplicada na década de 1990, passando de 15.857 (1991) para 34.507 (2000). O Siqueira, por sua vez, saltou de 4.540 (1991) para 23.728 (2000).

A SER V também é uma das Regionais mais jovens de Fortaleza: 44% da população têm até 20 anos. É ainda a parte da cidade com segundo maior índice de analfabetismo (17,83%), inferior apenas ao registrado pela Regional VI. Os bairros do Siqueira (25,58%), Genibaú (25,18%) e Parque Presidente Vargas (24,51%) são os que sofrem mais com o problema. A principal atividade econômica é o comércio. Na Regional estão concentrados apenas 2,89% dos empregos formais de Fortaleza.

Tabela 5- distribuição dos projetos de pesquisa encaminhados para apreciação pela COGTES no ano de 2014.

SECRETARIA REGIONAL	NÚMERO DE PROJETOS	PERCENTUAL
I	12	6,1
II	18	9,2
III	17	8,7
IV	16	8,2
V	9	4,6
VI	38	19,4
TOTAL	196	100,0

Fonte: próprio autor

Com o mapeamento dos projetos na COGTES foi possível identificar a inexistência de projetos de pesquisa relacionados ao acolhimento e vínculo na APS, pois conforme descrição acima, nos anos de 2011 a 2014, apenas dois projetos de pesquisa com a temática foram submetidos ao CEP da COGTES.

Dessa forma, considerou-se necessário realizar o levantamento das pesquisas nacionais acerca do tema na base de dados do SCIELO, conforme justificado no capítulo que explica a etapa de coleta das informações.

A análise das pesquisas das pesquisas ocorreu em dois respectivos momentos. O primeiro constitui-se na descrição da produção teórica sobre as pesquisas realizadas na APS, com o tema relacionado a acolhimento e vínculo, cumprindo dessa forma um dos objetivos do presente trabalho e servindo de eixo

orientador para o momento seguinte. O segundo momento da análise se deu através da discussão aprofundada do conteúdo presente nas pesquisas produzidas, a partir dos objetos de estudo de cada texto, buscando estabelecer conexões que pudessem servir de unidades temáticas para orientar os grupos focais com os profissionais, durante a pesquisa nos serviços da APS.

Optou-se pelo descritor “atenção primária”, para o segundo momento da análise, utilizou-se “acolhimento e vínculo”, permitindo dessa forma a caracterização das pesquisas publicadas no recorte temporal dos últimos dez anos e dessa forma, analisou-se a contribuição de cada pesquisa. O quadro abaixo apresenta a seleção dos 16 artigos encontrados na SCIELO. A seleção dos dados revelou que a dimensão *vínculo* é sempre pesquisada paralelamente a dimensão *acolhimento*. Portanto, as discussões das três categorias deste estudo, tais dimensões estão correlacionadas.

QUADRO 2- Produção do conhecimento sobre as pesquisas de acolhimento e vínculo na Atenção Primária.

BASE DE DADOS	DESCRITORES	AUTOR	ANO	NOME DO PERIÓDICO	OBJETIVO DO ESTUDO	EIXOS TEMÁTICOS
Scielo	Acesso aos Serviços de Saúde; Aval. Serviços; Ass. à Saúde Com; Serviços Básicos de Saúde.	Schimit, MD e Silva Lima, MAD	2004	Cadernos de Saúde Pública	Identificar o potencial de acolhimento e vínculo entre profissionais e usuários	Produção do cuidado na relação profissional-usuário
Scielo	Acolhim; Enferm; PSF	Takemoto MES,; Silva, EM.	2007	Cadernos de Saúde Pública	Analisar o acolhimento e vínculo e obs. transformações	O acolhimento como técnica facilita o acesso à recepção das unidades
Scielo	Saúde da família; acolhim; APS; Brasil	Garuzi, M <i>et al</i>	2014	Rev Panam Salud Publica	Revisar o conceito de acolhimento e as contribuições para as práticas na APS	O acolhimento como ferramenta de gestão em defesa do SUS e aos princípios da integralidade e universalidade
Scielo	Acolhimento PSF, PSF, SUS, assistência à saúde, serviços de saúde, sistemas nacionais de	Vieira dos Santos, M; Maia dos Santos, M	2011	Rev Saúde Publica	Analisar as diferentes abordagens acerca do tema acolhimento e vínculo	O acolhimento é visto como potencialidades para produzir práticas inovadoras que fortalecem o cuidado, consolidam a integralidade,

	saúde					qualificam as atividades de educação em saúde, aumentando a adesão terapêutica e a inclusão social.
Scielo	Tecnologia das relações, Ações de saúde, APS	Coelho, MO; Jorge, MSB.	2009	Ciênc. saúde coletiva	Discutir como os usuários e trabalhadores percebem o acesso, acolhimento e vínculo.	As concepções de acesso, acolhimento e vínculo no processo de construção da saúde criam estratégias para aprimorar as ações de saúde na APS.
Scielo	Saúde da família. Saúde pública. Tecnologia biomédica	Fracollil, LA; Zoboli, ELCP	2010	Rev. esc. enferm. USP	Identificar como se processa o acolhimento na APS	O acolhimento realiza uma escuta clínica, focalizada na queixa, com uma intervenção pontual, pouco resolutiva e não construtora de vínculo
Scielo	Cuidado em Saúde; Acolhimento; Hipertensão	Lima, LL; Moreira, TM; Jorge, MSB	2013	Rev. bras. enferm	Compreender o acolhimento, o vínculo na construção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial na APS	A responsabilização existe, contudo não ajuda na produção da autonomia dos usuários no processo saúde-doença-cuidado
Scielo	Acolhimento. Vínculo. Humaniz. Cirurgião-dentista	Pinheiro, PM; Oliveira, LC	2011	Interface Botucatu	Compreender as tecnologias leves do acolhimento e vínculo na prática do dentista, na APS	
Scielo	Acesso aos serviços de saúde; Qualidade da assistência à saúde, acesso e avaliação	Lima, MADS <i>et al</i>	2007	Acta paul. Enferm	Analisar a opinião dos usuários na APS	O acolhimento relaciona-se com o vínculo entre o usuário e o serviço, contribuindo com a resolutividade do atendimento
Scielo	PSF. Equipe de assistência ao paciente. Serviços de saúde. Acolhimento	Monteiro, M M <i>et al</i>	2009	Rev Enferm USP	Conhecer as estratégias de formação do vínculo entre usuários e profissionais do APS	A organização do serviço, compromisso e respeito são indispensáveis para a consolidação do SUS
Scielo	Acesso e acolhimento; Deficiência Auditiva; APS	Tedesco, MJ; Junges, R	2013	Cad. Saúde Pública	Discutir acolhimento e vínculo no atendimento a surdos na APS	Dificuldade da comunicação e despreparo para atender surdos.
Scielo	Prática, Saúde bucal, PSF, Integralidade, Programas de saúde	Santos, AM; Assis, MM	2006	Rev Ciênc. saúde coletiva	Analisar os dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal na APS	O acolhimento e vínculo formam relação tensa e conflitante, mas com potencialidade para construir alternativas de mudanças.

Os artigos abordam entraves organizacionais nas práticas que limitam a produção do cuidado em saúde, além da ausência de atenção qualificada para a resolução dos problemas de saúde, desafiando a implantação do acolhimento e vínculo, no cotidiano dos serviços de saúde. Mesmo passados mais de uma década do surgimento da política de humanização - PNH, a qual ressalta sua relevância desde as ações de atenção às ações de gestão, fomentando a construção de uma relação de confiança e compromisso entre usuários, trabalhadores e gestores, tendo como objetivo final, o estímulo a promoção de uma cultura de solidariedade no SUS (BRASIL, 2006).

A pesquisa de Takemoto e Silva (2007) revelou que o acolhimento se apresenta como uma atividade de recepção realizada pelos auxiliares de enfermagem, seguindo um cardápio preestabelecido de opções de encaminhamento, limitado pela capacidade tecnológica da unidade. Um atendimento prestado pelo auxiliar de enfermagem para avaliar a queixa do usuário e decidir "se ele vai passar no médico naquele dia ou não", ou seja, se a demanda que ele traz requer um encaixe nas "vagas de acolhimento" na agenda diária dos médicos ou se é possível agendar uma consulta médica de rotina.

A atividade de recepção de um serviço de saúde deve ser entendida como um espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário por meio da investigação, elaboração e negociação de quais serão atendidas. Nesse caso, o acolhimento pode funcionar como um mediador das relações entre quem procura o serviço e quem oferece o serviço, no qual mesmo aquele usuário que não conseguiu o que foi buscar no serviço, encontra um espaço de escuta, de orientação, onde sua dignidade humana é minimamente preservada.

Os trabalhadores da linha de frente, que entram em contato primeiro com os usuários em busca de atendimento possuem informações importantes para o restante da equipe no sentido de possibilitar a estes uma melhor organização das demandas que se apresentam e que devem ser atendidas, negociadas, encaminhadas ou reagendadas. O acolhimento se mostra como uma ferramenta que estrutura a relação entre a equipe e os usuários e se define pela capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas do usuário, resultando numa relação humanizada.

O acolhimento neste caso está relacionado à proposta da PNH, como uma diretriz operacional que parte dos seguintes princípios: "1. Atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. 2. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento-, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. 3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania".

Para Cecílio (2001), o acolhimento tem como objetivo dar respostas às necessidades dos usuários que não sejam estritamente clínicas, mas que dizem respeito à necessidade de "vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional". Desta forma pode-se pensar o acolhimento como o exercício cotidiano dos trabalhadores em estar disponível não apenas no que diz respeito a questão técnica e ou da disponibilização de informações, mas da prática da empatia diante daquele que encontram-se numa relação hierarquicamente desfovarável e de maior vulnerabilidade, uma vez que, via de regra, quem busca um serviço de saúde presumivelmente está numa situação de fragilidade emocional, física, social ou mesmo familiar.

A Atenção Primária à Saúde se apresenta como um campo fértil para um trabalho com vistas à interação social, possibilitando a construção da saúde com a participação de diferentes saberes, uma vez se constitui no campo privilegiado do território, da comunidade, local em que as relações se estabelecem, em que a vida acontece, logo faz parte do cotidiano daqueles que ali habitam, conhecendo de maneira muito precisa a realidade sanitária, social, cultural e econômica.

As pesquisas de: Tedesco e Junges (2013), Monteiro (2009), Lima (2007), Coelho e Jorge (2007) observam que a forma como o serviço está organizado influencia as ações dos trabalhadores e usuários dentro dos serviços, diminuindo as possibilidades de promoção de vínculos de autonomia e respeito no processo de construção da saúde.

Outro aspecto importante observado nos artigos acima mencionados foi a fragmentação dos processos de trabalho e a ausência do diálogo entre trabalhadores e usuários. Tais fragilidades interferem nas relações entre os

diferentes trabalhadores e entre estes e os usuários, fragilizando também o trabalho em equipe, assim como a formação do vínculo. Pôde-se observar que antes de formar vínculo com os usuários faz-se necessário que esta equipe possua um entendimento e modo de funcionamento o qual permita o fluxo de informações e afetos naquele serviço, a fim de que deste modo de trabalho reverbere no atendimento a sua população.

Para Coelho e Jorge (2007), é na relação dialógica entre profissionais e usuários, que se encontra a solução conjunta para os problemas de saúde. É a partir da troca de conhecimentos e saberes, que se produz trabalho vivo em ato, estabelecendo conexão para construções coletivas, respeitando os princípios do SUS e amparadas nas tecnologias leves de cuidado.

Esta troca de saberes prescinde de uma relação horizontal entre seus atores, na qual o profissional da saúde abre mão do seu posto de autoridade, de prescritor de uma conduta ou medicação e coloca-se aberto, acessível ao universo que o usuário traz ao serviço de saúde e tenta apresentar ao técnico que lhe atenderá. O reconhecimento legítimo desta demanda enquanto elemento potente e produtor de saúde e de autocuidado também possibilita o exercício da autonomia, da cidadania, do respeito, bem como de práticas de saúde que não visem apenas o “curativismo”, mas a promoção, a prevenção e a educação em saúde.

Nesse sentido, a reflexão sobre as tecnologias leves permite observar que o campo do trabalho em saúde possui características particulares por se encontrar no setor de serviços e tratar de uma realidade que lida diretamente com as necessidades e expectativas dos usuários. Desse modo, as ações em saúde se inscrevem através de um trabalho vivo em ato, por meio do qual há o encontro de duas pessoas, atuando uma sobre a outra em um processo relacional (Merhy, 2004).

As tecnologias leves de cuidado, em especial, o acolhimento e vínculo se estabelecem nesse espaço de encontro, atuando combinadas aos outros dois tipos de tecnologias, isto é, tanto ao aparato tecnológico - tecnologia dura, como, também, ao conjunto de conhecimentos estruturados e organizados - tecnologia leve-dura. É importante ressaltar que as tecnologias leves atravessam os modos de incorporação das demais, abrindo, assim, caminho para se repensar o processo de produção da subjetividade no interior das práticas de saúde, em vista de atingir uma maior qualidade da atenção (MERHY, 2007).

A pesquisa de Pinheiro e Oliveira (2010) promove uma reflexão sobre o trabalho do cirurgião-dentista e a apreensão das tecnologias leves na construção do cuidado. Para as autoras, é fácil identificar que, devido às características próprias de sua prática, o dentista encontra-se dependente das tecnologias duras, como os instrumentais e equipamentos presentes no consultório odontológico. Entretanto, uma vez que opera também no espaço do encontro com o usuário, o acolhimento e vínculo são fundamentais enquanto dispositivo relacional para a produção do cuidado no atendimento odontológico.

Observou-se a forma a relação de confiança que se estabelece entre usuário e dentista pode ser decisiva em aspectos como ansiedade e medo diante de procedimentos que na imaginação da população em geral seriam marcados pela dor e sofrimento.

A pesquisa evidenciou ainda que os profissionais definem acolhimento como uma etapa do processo de trabalho, geralmente reconhecida como ação de triagem ou classificação de risco, além do próprio agendamento. Demonstrando um empobrecimento do sentido mais amplo do que seja acolhimento por parte dos entrevistados, que centram suas respostas em apenas um dos aspectos do acolhimento, isto é, enquanto dispositivo técnico assistencial de organização do processo de trabalho, abandonando aspectos que exploram as tecnologias leves em prol de potencializar relações de solidariedade, respeito e cidadania.

Os estudos de Teixeira (2003) chamam a atenção para a questão do acolhimento na atenção primária, que tendem a concebê-la uma atividade particularizada, que realizaria a combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso). Em muitos casos, tende a sofrer deslocamentos (acesso, porta de entrada, pronto-atendimento), que vão até o limite de esvaziá-la de significado próprio, sendo apenas um nome novo para uma velha atividade.

Observou-se como realidade comum ouvir trabalhadores relatando que realizam atividade de acolhimento em determinado serviço, entretanto sem muito esforço, além daquele exigido em uma breve observação, constata-se que a referida prática nada mais é do que o procedimento de selecionar quem será atendido no serviço ou não, quem está no perfil de atendimento.

A pesquisa apresenta ainda a compreensão dos profissionais da odontologia na APS sobre vínculo. Para eles, o vínculo refere-se a um olhar mais

amplo e integral do problema relatado pelo usuário, considerando, para isso, diversos aspectos que podem influir no processo saúde-doença-cuidado. As autoras pontuam que a mudança de visão só foi possível a partir de uma maior aproximação entre profissionais e usuários.

Para tanto, é necessário abandonar o modelo biologicista que privilegia o tecnicismo, a doença e a fragmentação do ser humano, enfocando de maneira exagerada a doença e relegando para segundo plano, o sujeito e sua singularidade.

Nessa mesma perspectiva de discussão, Santos (2005) defende a importância do contato próximo do profissional de saúde com o cotidiano das pessoas, a partir de uma clínica que vá além da unidade de saúde, "buscando conhecer e compreender o indivíduo, a família e a comunidade, no espaço concreto de suas relações".

Os autores Gomes e Pinheiro (2005) acrescentam que o vínculo tem a capacidade de atuar no desenvolvimento de uma responsabilização e compromisso da equipe/profissional com a comunidade/usuário, através dos quais se dão relações de troca e confiança, podendo ser determinante na evolução do processo saúde-doença dos sujeitos e de uma comunidade.

A pesquisa de Santos (2005) também tem como participantes profissionais da odontologia na Atenção Primária. Corroborando com as ideias de Pinheiro e Oliveira (2010). O estudo aponta uma dificuldade marcante para a construção do vínculo em relação à equipe de saúde bucal e os usuários, uma vez que a proporção de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família, sobrecarregando o trabalho dos profissionais.

Diferentemente de um procedimento meramente técnico, o trabalho pautado na construção do vínculo, propõe uma abordagem diferenciada, a qual visa não apenas limitar-se a processo queixa-conduta, demandando tempo, atenção e escuta qualificada destes profissionais, para que os mesmos saiam do automatismo e possam realizar um atendimento individualizado e singular.

Pode-se observar um desafio maior para as equipes de saúde bucal, já que o número de pessoas vinculadas é o dobro em relação ao dos outros profissionais. As demandas individuais curativas em saúde bucal (restaurações, exodontias, raspagens) são resolvidas apenas pelos dentistas, ao contrário de outras demandas, compartilhadas por diferentes profissionais. Além disso, tornou-se também uma dificuldade para os usuários compreenderem que, dentro da equipe de

PSF, um dos membros tem que dividir seus turnos de trabalho entre duas comunidades diferentes, restringindo o acesso das pessoas a turnos específicos, mesmo quando o dentista está na unidade.

De forma geral, as pesquisas apresentam discussões teórico-empíricas que colaboram para as rupturas à hegemonia de práticas individualistas, mudando a ênfase para a equipe interdisciplinar, como uma potencial ferramenta de mudança nos processos de trabalho, alicerçando a integralidade e seus dispositivos (acolhimento, vínculo, autonomia, resolubilidade, responsabilização) para a contribuição de práticas originais e de novos modelos de cuidados em saúde.

Diante desse cenário e movido pelo interesse em articular as informações coletadas por ocasião da busca da produção científica e o campo empírico, o passo seguinte da pesquisa foi construir as categorias de análise, a partir do discurso dos profissionais da APS e suas experiências com os dispositivos de produção do cuidado, como o acolhimento e vínculo. Os discursos foram organizados em categorias duas denominadas “Acolhimento no direcionamento do fluxo de usuário na unidade e reorganização do processo de trabalho” e “Acolhimento como atitude humanizada: conversa, escuta, necessidade e corresponsabilização”.

4.2 O ACOLHIMENTO NO DIRECIONAMENTO DO FLUXO DE USUÁRIOS NA UNIDADE E REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

As análises e discussões dos dados abordados nessa categoria sintetizam os encontros e desencontros entre os sujeitos e suas representações sobre as dimensões do acolhimento e vínculo no cotidiano das práticas de produção do cuidado, na APS, em Fortaleza - CE.

Este capítulo retrata e descortina as várias perspectivas de como estão organizadas as ações de produção do cuidado e como estas se articulam para responder às necessidades individuais e coletivas dos usuários, no âmbito da Atenção Primária à Saúde - APS. Toda dinâmica a seguir tem como objetivo articular os vários olhares entre os sujeitos que exercem, direta ou indiretamente, a prática de acolhimento e vínculo. Nesta ótica, os depoimentos trazem os diferentes sujeitos sociais nas estruturas convergentes e/ou divergentes para a construção de uma discussão crítico-reflexiva. Aqui o diferente e o complementar também são

contemplados para enriquecer o conteúdo nas distintas formas de apreensão de uma mesma realidade.

Para fundamentação dos discursos, foram referenciados autores que sustentam e dialogam com os dados empíricos apresentados pelos entrevistados, estabelecendo um confronto entre o teórico e o empírico no processo de triangulação dos dados. Nesta mesma perspectiva de confronto de idéias, foram inseridos os documentos para que possamos compreender as coerências e/ou incoerências entre o que se propõe e o que ocorre no espaço concreto das práticas em saúde.

Alguns autores, entre eles: Takemoto (2007); Sousa (2008); Tesser (2010); Baraldi (2011); Santos (2011) e Mitre (2012) têm se destacado na problematização do acolhimento como diretriz que orienta a mudança no modelo de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da prerrogativa de ampliação e qualidade do acesso na Atenção Primária à Saúde (APS), aproximação dos serviços e comunidade, alargando os espaços para o diálogo e participação social, estabelecendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada para o sistema de saúde.

Sobre a integração e interação das equipes, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) propõe que estas devem produzir cuidado resolutivo a partir da organização e gestão do trabalho em saúde, realizando acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea. Além disso, devem contribuir para ampliar a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção primária para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais.

Nesta perspectiva percebe-se que o foco das atividades muda conforme o redirecionamento de um novo modelo, agora, não mais voltado para a doença e sua cura, mas para o sujeito que adoece, seus contextos, conflitos e necessidades envolvidas nesse cenário, tendo em vista um cuidado integral dos seus usuários.

As narrativas apresentadas nesta categoria apresentam a compreensão acerca do acolhimento e vínculo construída pelos profissionais da APS, a partir dos seus conhecimentos sobre as pesquisas de construção do coeficiente de integralidade, na produção do cuidado, nas práticas cotidianas da APS.

No cenário pesquisado, o acolhimento é entendido como uma diretriz para orientar o fluxo do usuário na unidade de saúde em busca de resolubilidade para seu problema. No entanto, esse direcionamento exige uma reorganização do serviço e integração da equipe multiprofissional na “mudança da unidade como um todo”.

Dessa forma, todas as atividades e condutas ali propostas estavam alinhadas com a filosofia do cuidado humanizado e de uma postura solidária para com seus usuários convidando-os a participar deste processo de produção da saúde enquanto protagonistas e parceiros da equipe. Entretanto, percebeu-se a necessidade de uma mudança processual, que atenda uma série de exigências para que a mesma se estabeleça de forma consistente e duradoura nas rotinas do serviço.

O fluxo de acesso aos serviços dos usuários inicia na recepção, por isso os profissionais referem a necessidade de “treinamento” dos atendentes desse setor. A preparação para a atividade de acolhimento revela sua dimensão técnica como uma forma de direcionamento que favorece o acesso aos serviços na busca por resolubilidade.

Para os profissionais da atenção primária,

“o acolhimento não é uma coisa apenas da primeira consulta, se o paciente vier diariamente na unidade, independente do que o trouxe aqui ele deve ser bem acolhido; o acolhimento não começa nem comigo, começa na recepção, onde o atendente é treinado pra realizar e destinar os problemas para serem solucionados”.

Desse modo, observa-se a concepção de acolhimento como a qualidade na comunicação, na orientação que deve perpassar todo o serviço.

Além desse aspecto comunicacional, o acolhimento como diretriz para organizar o fluxo dos usuários do serviço, como descrito pelo profissional, “o fluxo é organizado através do acolhimento, desde a entrada do paciente no posto que tem uma pessoa que é denominada “Posso Ajudar?”, e ele já recebe o paciente lá fora, encaminha pro acolhimento e do acolhimento ele é encaminhado para os outros setores”.

Conforme os profissionais que estão no fluxo de atendimento das necessidades clínicas, como o médico ou o enfermeiro da equipe de saúde da família, o acolhimento é uma potencialidade no direcionamento do fluxo, que

antecede seu fazer no consultório. Para estes, *“o acolhimento pelo profissional da unidade, se faz através de um direcionamento informativo, a segunda etapa desse acolhimento é a verificação dos sinais vitais pela auxiliar de enfermagem, [...] e após isso uma pré-consulta, na verdade é uma consulta de enfermagem, que pode ser uma pré-consulta médica de acordo com a necessidade.”*

O contato inicial com o serviço de saúde é fundamental para direcionar o paciente, além da prerrogativa de que este contato pode determinar a continuidade na busca pelo serviço, pois a existência de barreiras restringem o acesso e a resolubilidade do cuidado. Com isso, é dada a devida importância de capacitar os trabalhadores para lidar com uma demanda específica a partir de uma compreensão ampliada dos problemas de saúde da população. Estes estão inseridos num contexto social que envolve uma população diversificada e muitas vezes fragilizada por algum comprometimento da saúde. Tais aspectos fortalecem a necessidade da existência do acolhimento em todo o processo como estrutura do serviço.

Silva (2008) compartilha a ideia de que o acolhimento é uma ferramenta assistencial que perpassa os limites do consultório, devendo ser iniciada na chegada do usuário à instituição. Portanto, é fundamental preparar os profissionais para acolher estes sujeitos, propondo um ambiente receptivo e terapêutico adequado para a implantação de uma assistência de qualidade, baseada em estratégias de organização burocrática, como por exemplo, adoção de medidas que favoreçam a marcação de consultas e a garantia de que todos sejam atendidos igualmente. Enfim, medidas acolhedoras imediatas à chegada do usuário que buscam o serviço básico de saúde.

Nesse sentido, esta pesquisa identificou a necessidade de imprimir nos trabalhadores, a noção de que o cuidado ultrapassa a oferta de um serviço ou de um procedimento técnico. Apesar do domínio da técnica mostrar-se fundamental, principalmente em se tratando do modelo biomédico, conhecido por privilegiar o tecnicismo, é o cuidado nas relações, na forma como os encontros se dão, que se apresenta ser decisivo no andamento e condução dos casos mais complexos, os quais exigem mais do que a mera conduta prescritiva.

No entanto, tais medidas não devem se fixar num fluxo burocrático da porta de entrada da unidade. Santos (2011) e Mitre (2012) destacam a dificuldade

dos profissionais de saúde de compreender o acolhimento como uma estratégia que ultrapassa a limitada noção de “triagem administrativa” ou “triagem humanizada”. A ação restrita à recepção e encaminhamento das demandas que chegam à unidade de saúde descaracteriza o modelo de atenção com o ideal de integralidade de resolubilidade do cuidado proposto na ESF.

Desse modo, o acolhimento deve perpassar a noção de dispositivo que favoreça a desburocratização, o acesso e continuidade dos fluxos nos serviços de saúde, encontrando-se num patamar muito além de um procedimento com vista a selecionar aqueles usuários que serão atendidos pelo serviço.

Nestas circunstâncias o acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. Destaca-se a importância do vínculo estabelecido entre trabalhador e usuário por estimular a autonomia e a cidadania deste último, promovendo sua participação durante a prestação de serviço (CAMPOS, 2003).

Diante disso, exige-se uma reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde fortalecendo posturas que reflitam sobre o cotidiano dos serviços e problematizem a participação social como assinalam Takemoto (2007) e Sousa (2008). Tal reflexão foi observada no campo empírico com a implicação dos profissionais nesse processo de mudança, avaliando e identificando dificuldades na realização do acolhimento. Dentre estas, destacam-se a integração do médico da equipe de saúde da família, do Serviço de Assistência Médico Estatístico (SAME), grande demanda de famílias que ficam sob a responsabilidade da equipe e perfil de cada profissional.

No que diz respeito à participação da equipe multiprofissional, observou-se que o acolhimento estava centrado na figura do médico, a presença deste profissional era a condição para realização do processo. Autores evidenciaram que o trabalho em saúde tem obedecido a uma lógica centrada no trabalho médico e na realização de procedimentos, o que descaracteriza a mudança no modelo de cuidado proposto pela Atenção Primária à Saúde, que por sua vez preconiza o enfoque ao usuário/famílias e suas necessidades.

A este respeito observa-se que o profissional da equipe de saúde da família, reconhece o acolhimento como um atendimento burocratização e

dependente da ação do médico, afirmando que “[...] o acolhimento está mais ou menos né, não existe o acolhimento ainda implantado aqui na unidade de saúde, aquele acolhimento mesmo, do jeito que é pra ser, não existe. [...] Os problemas [...] no momento é a falta de médico. Não existe médico suficiente pra implantar o acolhimento. O entrave estava sendo o médico, mas a gente chegou a conclusão de que não precisa do médico na equipe acolhedora, pode ser o enfermeiro ou outro profissional, a gente está sensível a isso.”

Além desta perspectiva, os enfermeiros afirmam que no cenário do posto de saúde [...] tem um grande problema que é o SAME, por conta realmente da falta do acolhimento em si. Então há alguns meses atrás a gente começou a notar que o negócio não estava legal. Então nós decidimos assumir o acolhimento, reunimos as outras enfermeiras e houve uma certa resistência porque elas diziam que o médico tinha que estar presente. Nós então dissemos que mesmo com a ausência do médico, os outros profissionais podiam tomar de conta do acolhimento. A gente vai montar uma equipe [...], aí cada dia vai ter uma equipe de acolhimento, [...] uma equipe montada de acolhimento para ficar no primeiro bloco, inclusive vai ter membro do NASF, vai ter enfermeiro, auxiliar de enfermagem, alguém do “Posso Ajudar?”. Aí a gente vai acolher realmente todo dia todo mundo que chegar, dando seus diversos encaminhamentos. Já passamos pra coordenadora né o que tem que ser mudado [...] a gente vai ter que mudar a unidade como um todo. [...].

Sabe-se que o acolhimento não deve representar mais uma oferta de serviços da unidade de saúde. Este se configura como um momento de interação entre profissionais e usuários com a finalidade específica de lidar com a necessidade de saúde, estabelecendo vínculo e produzindo cuidado como assinala Takemoto (2007).

Para tal, deve envolver todos os setores da unidade de saúde deve disponibilizar a máxima potência para acolher as demandas, escutando e fazendo encaminhamentos adequados, especialmente o SAME, uma vez que este é responsável em fornecer informações sobre as famílias, organizar os prontuários e viabilizar os processos de trabalho das equipes. Além disso, a utilização do dispositivo de acolhimento para resolubilidade do cuidado exige que se articulem saberes e práticas que se complementem, a partir da atuação da equipe multiprofissional.

A pesquisa identificou que os trabalhadores referem-se ao acolhimento enquanto mais uma atividade ofertada pelo serviço, dentre outras como atendimento individual e visita domiciliar, por exemplo. Nestes discursos ganha relevo o fato de que o problema apontado é direcionado para o técnico que desempenha a função, no caso acolhimento, dando a entender que os demais trabalhadores não teriam esse responsabilidade com o acolhimento dos usuários, somente aqueles já delimitados para determinado horário. Assim pode-se dizer que o recepcionista, ou o auxiliar de enfermagem, ou mesmo a copeira não precisam se preocupar com o acolhimento dos usuários, não se configurando como uma preocupação de toda a equipe.

A pesquisa de Fracolli e Bertolozzi (2003) instiga à reflexão de que o acolhimento precisa ser considerado um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas. Deve ser apropriado por todos os profissionais em saúde, em todos os setores, em cada sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho. Não se limitando, portanto, ao ato de receber.

Desse modo, a mudança no processo de trabalho envolve a autoavaliação dos profissionais implicados no cuidado prestado na unidade de saúde, estes devem ser capazes de repensar estratégias de enfrentamento das dificuldades, exercendo um papel de protagonistas no cotidiano dos serviços. Nesse aspecto, percebe-se uma convergência nas ações dos enfermeiros da ESF no sentido de programar “equipe de acolhimento” ou “equipe acolhedora” para efetivação do acolhimento na unidade.

Os estudos de Takemoto (2007) fazem algumas considerações sobre a mudança do processo de trabalho da equipe de enfermagem na realização do acolhimento. Estes afirmam que a enfermagem ficou responsável pelos acolhimentos dos centros de saúde investigados em sua pesquisa, no entanto, este processo traduziu-se em triagem, refletiu uma “lógica médico-centrada”, marcado pela baixa resolubilidade e baixa autonomia da enfermagem:

Desse modo, vê-se como alternativa a um acolhimento centrado em uma categoria profissional, a “equipe acolhedora” ou “equipe de acolhimento” em que deve ser composta por diversas categorias profissionais, não devendo ficar restrita caso existam falhas na composição da equipe, rompendo com o modelo reducionista

de cuidado. Além disso, a articulação com a equipe do NASF conota a valorização da contribuição de cada profissional no estabelecimento do cuidado, ampliando as estratégias de acolhimento na APS.

A conformação do trabalho em equipe multidisciplinar na ESF busca romper os antigos paradigmas centrados na figura do médico, possibilitando uma maior abrangência na assistência, viabilizando a integralidade do cuidado e a resolubilidade. Os profissionais que compõem esta equipe contribuem para uma melhor organização do serviço, contemplando a complexidade de problemas que emergem nas necessidades do usuário, ampliando a intervenção, pois este meio configura a uma maior articulação de saberes e de discussões Leite (2010). Porém, construir este modelo interdisciplinar requer integração entre os membros da equipe.

Outro aspecto observado como dificuldade para os serviços na realização do acolhimento foi a grande demanda de famílias que ficam sob a responsabilidade da equipe e o perfil de cada profissional,

“O acolhimento é um nó. [...] Já aconteceram várias capacitações, sensibilização, humanização, mas é o perfil do profissional que é complicado de trabalhar. A gente sempre está valorizando e lembrando esse acolhimento, mas é difícil. A minha equipe era pra cuidar de 1.000 famílias, mas cuida de 2.970 famílias. Fica inviável devido ao fluxo. [...]”

A dificuldade do trabalho com acolhimento em saúde advém da complexidade em que se inserem as relações humanas. Exige-se além do trabalho em equipe, a responsabilização de cada profissional com o usuário e a demanda trazida por ele, e por sua vez o sofrimento decorrente da responsabilidade por acolher (e supostamente dar resposta a) os problemas dos usuários. Para tanto, é evidente a necessidade de uma sensibilização e escuta do outro, o reconhecimento da pessoa e suas singularidades, e isto está cada vez mais difícil no contexto dinâmico em que os serviços de saúde estão inseridos, numa lógica em que prevalece produção-consumo-descarte.

Outro elemento observado na pesquisa que merece destaque, o qual já é ressaltado na PNH, refere-se a condições de trabalho desse profissional. Uma equipe que trabalha sobrecarregada, sem condições de trabalho, com equipe reduzida, fatalmente não terá como manter esse olhar humanizado, visto que encontra-se numa relação extremamente desumanizada enquanto trabalhador e enquanto sujeito, o que invariavelmente contribui para o embrutecimento dos

mesmos no trato das relações e para a permanência do foco na execução de procedimento, enquanto forma de eleger prioridades de forma a conseguir dar alguma resposta a essa demanda tão maior do que a prevista.

Diante desse cenário, reitera-se o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde como estratégia necessária para favorecer a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde, como prevê o Ministério da saúde (BRASIL, 2010). A postura acolhedora do profissional é fator importante para a resolubilidade do cuidado, porém não existe treinamento específico para exercer determinada atitude, a contribuição pode se dá por meio da educação permanente, problematizando o processo de trabalho e propondo soluções coletivas e inovadoras, como destacam Takemoto (2007); Santos (2011) e Mitre (2012).

Essa elevada quantidade de usuários que buscam diariamente a ESF sobrecarrega as equipes e dificulta a resolubilidade do cuidado. Aspectos como um atendimento humanizado, resoluto, com ideal de integralidade, voltado para a família e seu território social são precariamente contemplados, deixando a desejar desde a receptividade dos usuários, onde muitos são mal acolhidos, diante das dificuldades que infligem as próprias diretrizes do sistema de saúde.

Como enfrentamento a estas dificuldades os demais profissionais da equipe de saúde da família e do NASF reorientam seu processo de trabalho com ênfase na equipe e atendimentos grupais, sala de espera, nos quais são discutidos temas diversos com os usuários, como o fluxo na busca pela unidade de saúde, descrição de atendimentos, sintomas de patologias, além da possibilidade de esclarecimento das dúvidas dos usuários.

Nesse sentido, os profissionais do NASF vão se organizando com estratégias variadas, [...] *às vezes a gente [...] tenta fazer esse acolhimento na sala de espera, [...] geralmente a gente faz com vários temas diferentes. [...] aborda a motivação [...] fala como vai ser o atendimento, como se procede, ou então se a gente tiver em campanha, a gente fala sobre a campanha [...] se um tem dúvida sobre como é realizado o processo dentro da unidade [...].* O acolhimento, nesta

perspectiva torna-se um trabalho coletivo, pois na narrativa dos profissionais da equipe do NASF, eles referem: “[...] a gente faz o trabalho em grupo, que é o papel do NASF [...] Tem apresentação, palestras educativas, [...] teve sala de espera com apresentação dos profissionais, explicando sobre a patologia, sintomas, quando procurar a unidade de saúde e assim vai.”

Tais considerações diferem da organização do processo de trabalho do dentista da equipe de saúde da família, que realiza um atendimento mais individualizado, como descrito a seguir: “O acolhimento eu faço da seguinte maneira,

[...] eu faço o exame e vou falar para o paciente: - você tá com isso, precisa melhorar isso. Sempre procuro explicar o que eu estou fazendo também, procuro sempre tá perguntando: - Está passando bem? Essa é a forma que a gente busca o acolhimento, e nas palestras que a gente às vezes faz, de quinze em quinze dias”.

Sabe-se que a efetivação da atenção primária como porta de entrada para a rede de serviços do SUS está condicionada a capacidade de acolhimento e resolubilidade de cuidado dispensado ao usuário. Assim, além da equipe da ESF, a APS congrega esforços das equipes do NASF, na realização do acolhimento com escuta qualificada, classificação, de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea, conforme proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde enfatiza ainda que os NASF devem ampliar a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção primária, incluindo ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais e suporte à organização do processo de trabalho⁷. Dentre estas ações, visualiza-se o acolhimento como estratégia de envolver a população, discutindo temas pertinentes a sua realidade e dessa forma aproximando serviço e comunidade, produzindo vínculo, confiança e responsabilização.

De acordo com Santos (2011), o modelo de atenção à saúde que seja resolutivo e produtor de cuidado demanda investimentos, compromisso e criatividade para implementação do acolhimento, sendo essencial integrar saberes e práticas não apenas da equipe multiprofissional, mas também da comunidade,

representada pelos usuários e seus familiares. Assim, o novo perfil de profissionais e novos olhares para a compreensão ampliada dos problemas de saúde.

4.3 O ACOLHIMENTO COMO ATITUDE HUMANIZADA: CONVERSA, ESCUTA, NECESSIDADE E CORRESPONSABILIZAÇÃO.

A aproximação e observação dos cenários em investigação permitiu identificar outro aspecto na efetivação do acolhimento no cotidiano dos serviços da atenção primária em busca da resolubilidade do cuidado. Denominou-se como a dimensão da atitude humanizada, que inclui a conversa entre profissional e usuário, escuta e identificação das necessidades dos usuários na condução do processo de cuidado.

A pesquisa de Campos (2003) destaca que o vínculo com os usuários dos serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Assim, esta dimensão representa a necessidade de qualificar a relação profissional usuário. Esta dimensão representa a necessidade de qualificar a relação profissional usuário.

Nesta perspectiva, o acolhimento é a conversa acolhedora, a consulta humanizada e a identificação de prioridades na relação profissional-usuários, como narrado pelo profissional da atenção primária, “[...] às vezes a gente faz o acolhimento, muitas vezes dentro do consultório o paciente chega pra fazer uma terapia fonoaudióloga [...] e acontece dele não querer fazer a terapia, ele quer conversar, ele quer ser acolhido né. Então, o que é que acontece, eu converso mais com eles sobre o que aconteceu o que tá acontecendo no cotidiano deles [...]”.

Sobre o acolhimento como consulta humanizada, os profissionais da equipe de saúde da família referem que, “[...] geralmente a gente realiza no próprio consultório e a gente tem noção do que é uma consulta humanizada, a gente tenta realizar dentro das limitações do número de pacientes, de tempo, a gente tenta [...]. Alguns pacientes a gente tem que demandar mais tempo, por que são pacientes que tem alguns problemas familiares, alguns problemas mais complicados demandam mais tempo e a gente tenta fazer um acolhimento priorizando quem a gente nota que tem mais necessidade”.

Numa outra análise, estes profissionais destacam que assumem o acolhimento para além da técnica preconizada pela gestão dos serviços, indicando que “[...] o acolhimento que a gente faz é o acolhimento sem ser o que a secretaria de saúde determina, prioriza ou define. O acolhimento que a gente faz é o acolhimento mesmo, da gente, eu enquanto pessoa e profissional tenho pacientes para atender e aí eu vou conversando com esse paciente, vou vendo a prioridade, [...] Então, vai no desenrolar da conversa a necessidade do paciente pra gente está vendo o que é que ele precisa. E se preciso for eu vou para qualquer canto pra tentar resolver”.

Nesse sentido, Coelho (2009), propõe discutir o acolhimento na ótica da humanização remete ao contexto das relações humanas, que inclui as tecnologias leves e leves-dura, baseadas na troca de informações e saberes entre profissionais (equipe multiprofissional) e entre o trabalhador e o usuário/familiar, possibilitando o diálogo horizontalizado, habilitando a interação social.

Estas ações ampliam as possibilidades de resolubilidade, uma vez que, durante o diálogo profissional e usuário, diversas informações e desabafos podem emergir para a solução do problema ou até mesmo a adoção da cultura e do saber popular, possibilitando, assim, “conexões para a construção coletiva” da assistência.

É importante destacar que o usuário carrega consigo o conhecimento sobre si, sobre a cultura e valor local, que é pouco reconhecido no momento do atendimento, uma vez que não se trata de um conhecimento científico, fazendo com que o usuário fique numa postura passiva de receber e executar as orientações fornecidas nas consultas. As informações apresentadas pelo usuário são fundamentais para o diagnóstico e terapêutica a ser adotado, pois quem melhor conhece os determinantes sociais do processo de adoecimento é o próprio usuário.

Os discursos dos entrevistados apresentam consonância com o estudo de Duarte (2012), na qual afirma que os profissionais fazem o grande diferencial na resolubilidade da assistência, muitas vezes não alcançada somente pelas tecnologias duras ou pela qualidade da infraestrutura, mas por valores ou atitudes incorporados em sua prática, favorecendo o cuidado. Além deste, referem que os valores institucionais refletem na execução do trabalho de seu profissional, assim como, valores individuais refletem nos demais trabalhadores, facilitando na

incorporação do compromisso e na responsabilização com as ações de saúde, favorecendo a manutenção do cuidado, confluindo para a resolubilidade.

Enquanto uma tecnologia leve, o acolhimento representa grande impacto na promoção à saúde uma vez que estreita o vínculo, fortalece a ESF, mobiliza a sensibilidade dos profissionais da saúde, exigindo uma ação reflexiva, voltada à escuta e diálogo. Esta estratégia, como aponta a pesquisa de Santos (2011), resguarda grande possibilidade para que a ESF torne-se a porta de entrada preferencial, contribuindo significativamente para construção e consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde:

Nesse contexto, foi possível visualizar que as equipes participantes dessa pesquisa, utilizam como ferramenta para resolubilidade do cuidado da atenção primária a escuta ativa. Esta é descrita pelo profissional a partir do momento em que “[...] *o paciente vem direto na minha sala, [...] [dizendo:] - eu quero dar uma palavrinha. [...] então a gente faz uma escuta ativa desse paciente e gente tenta dar resolutividade de acordo com a demanda. [...].*”

Utilizar a escuta como ferramenta no processo de trabalho pressupõe a ótica da tecnologia leve, onde se estabelece a relação do diálogo, uma vez que, o profissional escuta atentamente e discute com o paciente as possibilidades da assistência, esclarecendo dúvidas ou trazendo soluções compartilhadas.

Os pesquisadores Santos (2011), Mitre (2012) e Coelho (2009) consideram a escuta ativa dos usuários e suas demandas uma ação inovadora na postura dos trabalhadores envolvidos no cuidado na APS. Esta favorece a criação de instrumentos personalizados para as demandas singulares dos usuários, amplia dos espaços de discussão e democratiza a assistência, além de promover o vínculo.

Desse modo, gerar vínculo entre o profissional e o usuário é uma maneira de estreitar o relacionamento entre ambos com a finalidade de humanizar o cuidado e de melhor permitir uma aceitação da doença e um compromisso no processo saúde-doença, a fim de envolver e comprometer o usuário, a família, o profissional e o sistema, em que todos são igualmente responsáveis pelo acompanhamento do usuário, na busca por um atendimento de acordo com a necessidade e por uma posterior autonomia do sujeito.

Diante disso, a compreensão de assistência resolutiva não se restringe a única possibilidade de curar doença, mas a toda e qualquer atitude diante do paciente, assim como a postura acolhedora, que agrega à assistência um aspecto humanizado. A atitude acolhedora, para Coelho (2009), se expressa à partir da relação que se estabelece entre o profissional e o usuário, baseada em atos, como por exemplo, conhecer este usuário pelo nome, escutar os motivos da sua vinda até o serviço, mostrar interesse ao escutá-lo e querer ajudá-lo. Cada usuário é único no seu universo de problemas agregando subjetividades que exige do profissional atendê-lo na forma que se adéque à sua necessidade.

Em consonância ao acolhimento como atitude humanizada, Junges (2012) afirma que para alcançar os princípios da humanização, faz-se necessário constituir profissionais corresponsáveis juntamente com seus usuários, onde todos sejam os articuladores do processo de solução e resolubilidade do cuidado, porém, para alcançar este aspecto é necessário perpassar o paradigma biomédico, constituído pelo modelo centrado na doença como forma para estruturar o processo de trabalho.

Além disso, tendo em vista a dificuldade de corresponsabilização e a relação usuário-comunidade-serviço, numa perspectiva de contribuir para a qualidade do acesso, integralização, acolhimento e humanização das relações, é preciso existir sensibilização profissional para que haja uma atenção qualificada no atendimento, favorecendo a integração dialógica, a autonomia e as tomadas de decisão. Esta afirmação pode ser contextualizada a partir da narrativa do profissional da equipe de saúde da família, “[...] *eu faço sempre uma pesquisa com a comunidade, eu escuto a comunidade, dou essa oportunidade do usuário dar a sua proposta de como ele quer ser consultado, como ele quer agendar a sua consulta. Isso me abriu um leque assim, me deu uma oportunidade, uma chance do problema não ficar só comigo. Ficar comigo e com ele. E a negociação, o compromisso ficar comigo e com o usuário, então eu já estou tendo essa experiência, essa facilidade porque eu já tenho um vínculo muito grande, isso me ajuda porque eu já tenho um vínculo de muitos anos, talvez se fosse um ano talvez eu não conseguisse*”.

O estímulo da participação do usuário na sua prática de cuidado infere à corresponsabilização, que, conforme mencionada pelo profissional, designa ao

compartilhamento da responsabilidade em buscar resolubilidade para seu problema de saúde, onde todos os envolvidos assumem esse compromisso.

A corresponsabilização não significa dizer necessariamente que o profissional se entenda como responsável pelo usuário, pelas suas ações e decisões; está muito mais relacionado a um compartilhar, enquanto este tem condições de responsabilizar-se por si e de decidir autonomamente o que deseja para si. Campos (1994) esclarece que o acolhimento, enquanto responsabilização, pressupõe o reforço do vínculo, compromisso do trabalhador com o usuário na produção de sujeitos autônomos e aumento do percentual de cura.

Para Mitre (2012), esta designa um papel fundamental no cuidado, uma vez que, contribui para a efetivação do vínculo serviço-usuário, além de garantir o controle social das políticas públicas e a gestão dos serviços de saúde, confluindo para a premissa do acolhimento como diretriz, baseada no protagonismo dos sujeitos (os usuários, os profissionais de saúde e os gestores) envolvidos no processo de produção de saúde, propondo a necessidade de reorganizar o serviço, enfatizando a necessidade da criação de espaços interdisciplinares e democráticos de discussão.

O acolhimento aparece como uma estratégia fundamental para a construção do novo modelo de APS, definido por critérios técnicos, éticos e humanos, no qual os profissionais devem receber a demanda, buscar formas de resolubilidade, mas que não resultará, necessariamente, na resolução completa dos problemas referidos pelo usuário. Ao profissional, de acordo com Mitre (2012), cabe dispensar a atenção ao usuário, o que envolve escuta, valorização da queixa e identificação das necessidades individuais e coletivas.

Observam-se semelhanças em organizar o acolhimento nas unidades de saúde da família nos cenários estudados, entre estas, a concepção de acolhimento como triagem, reduzindo desse modo, a potência dessa estratégia na resolubilidade do cuidado. Entre as particularidades, pode-se destacar o protagonismo da equipe do NASF na condução do acolhimento no cenário II, abrindo espaço para diálogo e maior interação da equipe da APS com a comunidade. Esta estratégia anuncia-se como recurso promotor de autonomia dos usuários dos serviços e participação da comunidade.

Corroborando com as ideias de Teixeira (2003), é importante ressaltar que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em melhores encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial.

A implicação dos profissionais das equipes da ESF e NASF congregam esforços para mudança no cotidiano dos serviços, valorizando a equipe multiprofissional, a escuta, o diálogo e a corresponsabilização diante das necessidades dos usuários. Tais ações rompem com o modelo de atenção centrado na doença e na figura do médico como o principal articulador do sistema, para aproximar-se do cuidado centrado no usuário e suas necessidades.

Nesse sentido, percebeu-se que o acolhimento fortalece a APS, pois mobiliza a sensibilidade dos profissionais, requerendo uma ação reflexiva, desenvolvimento ético e solidário para escutar e dialogar, recuperando o sentido da clínica e colocando as pessoas em primeiro lugar, contribuindo significativamente para construção e consolidação dos princípios do SUS.

As entrevistas com os profissionais da APS indicam o acolhimento como dispositivo carreado de potencialidades para produzir práticas inovadoras que fortalecem o cuidado, consolidam a integralidade, qualificam as atividades de educação em saúde, aumentando a adesão terapêutica e a inclusão social.

Assim, o acolhimento constitui-se como um dispositivo para resolubilidade do cuidado na atenção primária na medida em que direciona o fluxo de usuários que buscam solução para seu problema de saúde, reorganiza o processo de trabalho das equipes da ESF e NASF e promove a inversão do modelo de cuidado.

Reiteram-se os avanços alcançados com a implantação do acolhimento nas unidades de saúde da família. Entretanto, é pertinente uma prática de educação permanente na atenção primária que promova a estratégia de acolhimento como recurso e tecnologia em saúde capaz de aproximar profissionais, usuários e serviços com intuito de efetivar a resolubilidade do cuidado no SUS.

Para tanto, observou-se que o acolhimento muda radicalmente o processo de trabalho em saúde, entretanto precisa ser um projeto permanentemente

estimulado como estratégia de gestão, por meio da educação permanente, melhora nas condições de trabalho, adequação dos equipamentos de saúde, debate e apoio dos conselhos locais e municipais, ou seja, o acolhimento precisa ser um processo de reorientação na produção dos cuidados.

A pesquisa identificou que os profissionais da saúde, ao refletirem sobre as condições e relações de trabalho e o seu modo de agir, podem inserir-se de maneira crítica e consciente, na realidade. Problematizar a temática da humanização, mais especificamente num espaço relacional, implica uma reflexão dialógica e crítica sobre os princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais, no sentido de torná-los sujeitos e agentes de transformação. Daí o entendimento deste processo como necessariamente interdisciplinar, pois suas práticas, decorrentes de uma problemática e de uma necessidade comum, são entendidas "como promovendo mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados".

O acolhimento fortalece a APS, pois mobiliza a sensibilidade dos profissionais, requerendo uma ação reflexiva, desenvolvimento ético e solidário para escutar e dialogar, recuperando o sentido da clínica e colocando as pessoas em primeiro lugar, contribuindo significativamente para construção e consolidação dos princípios do SUS.

4.4 CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DA UTILIZAÇÃO DAS PESQUISAS NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS: O OLHAR DE COORDENADORES E TÉCNICOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

A terceira categoria de análise desta pesquisa tem como objetivo discutir como os coordenadores e técnicos da Educação Permanente da SMS de Fortaleza avaliam a contribuição das pesquisas como uma fonte geradora de potencia em seus processos.

O Ministério da Saúde instituiu em 2004, através da Portaria nº 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEP - como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004).

Essa política estabelece que os processos educativos desses profissionais ocorram de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar. Partindo do pressuposto da aprendizagem significativa, propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes na rede de serviços de saúde. Assim, a mudança das estratégias, da organização e do exercício da atenção à saúde deverá ser construída na prática concreta das equipes, de forma participativa, a partir da problematização do processo de trabalho local.

A Educação Permanente em Saúde possibilita a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu foco são os processos de trabalho (formação, atenção, gestão, controle social), seu alvo são as equipes (unidades de produção), seu lócus de operação são os coletivos, pois o olhar "do outro" é fundamental para a possibilidade de problematização e produção de "incômodos" (BRASIL, 2005, p. 132).

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza desenvolveu entre os anos de 2001 a 2011 o então denominado "Programa de Educação Permanente", que tinha como foco o desenvolvimento das competências dos profissionais da saúde, por meio das rodas de gestão realizadas nos serviços. Esta iniciativa baseou-se no "Método da Roda" ("Método Paideia"), criado por Campos (2000, p. 225) e definido como "um método crítico à racionalidade gerencial hegemônica, propondo uma reconstrução operacional dos modos para fazer-se a cogestão de instituições e para a constituição de sujeitos com a capacidade de análise e de intervenção".

Assim, as Rodas de Gestão aconteciam nas instituições de saúde do município – UAPS, CAPS, hospitais e funcionavam como espaços coletivos de discussão de "ofertas e demandas" que, submetidos à análise cotidiana, se transformam em projetos, tarefas, ações. Tinham em seus pressupostos que a produção de uma obra é o trabalho de um coletivo, e que as pessoas são construídas em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si, e que o trabalho é um dos modos de constituição desses, dos coletivos e instituições. O Método da Roda se dispunha ativar a produção de subjetividade, potencializando a autonomia e o protagonismo dos indivíduos, ampliando a capacidade de análise e de intervenção das pessoas e dos coletivos.

Vale salientar que as rodas tinham como princípios norteadores a Política Nacional de Educação Permanente, descrita anteriormente, na vertente da educação, o Método da Roda na vertente da gestão e a Política Nacional de Humanização na vertente do cuidado.

Em 2012, com a mudança na gestão municipal, as Rodas de Gestão nos serviços foram suspensas, com o início de ações baseados no modelo de consultoria desenvolvido por Eugenio Vilaça. De acordo com as informações disponibilizadas pela prefeitura de Fortaleza, o trabalho desenvolvido pela consultoria desde o início da gestão tem como foco principal a implantação das redes de atenção à saúde em Fortaleza e cuja linha iniciada deu prioridade à melhoria da infraestrutura dos postos de saúde da cidade e a implantação de novo modelo de funcionamento nestas unidades.

Em busca de compreender melhor este processo, foi solicitado a participação da pesquisadora nos grupos de trabalho (GT) durante a vinda dos consultores ao município. Buscava-se ampliar a compreensão acerca dos processos de educação permanente, desenvolvidos por meio da consultoria. Entretanto, não houve acesso às reuniões, e a pesquisa foi restrita ao levantamento dos projetos de pesquisas submetidos à COGTES.

Em Fortaleza, a COGTES é órgão responsável pelas ações de educação permanente em saúde. Para tal, utiliza ações descentralizadas nas seis Secretárias Executivas Regionais (SERs), na qual, possui em cada SER um assessor técnico de educação permanente, responsável pela operacionalização das ações. Estes profissionais desenvolvem suas práticas em conjunto com os coordenadores da APS, que por sua vez, intermediam as demandas dos profissionais das UAPS e as propostas da COGTES. No quadro a seguir há a descrição dos atores envolvidos no processo de EPS no município de Fortaleza.

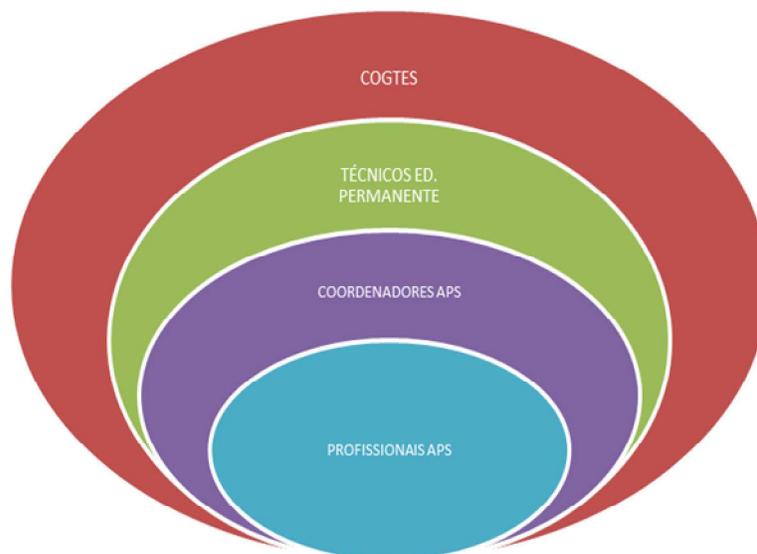
No centro da imagem estão os profissionais da APS, correspondendo ao grupo de interesse beneficiado pelas atividades de EPS e participantes das pesquisas realizadas em seus campos de trabalho. Na sequência da imagem, estão representados os coordenadores da APS, responsáveis pela recepção dos pesquisadores nas UAPS e viabilização das pesquisas no território a ser pesquisado. Os coordenadores também são responsáveis por intermediar, junto com

os técnicos da EPS da sua respectiva SER, as demandas relacionadas à EPS que os profissionais da APS apresentam.

A seguir, a imagem apresenta os técnicos da EPS, cuja função é viabilizar os processos de EPS, apresentados pela COGTES nos territórios da APS, a saber, as UAPS. Estes profissionais são responsáveis também pela viabilização das pesquisas em seu campo de atuação. Nesse sentido, atuam como elo entre a COGTES e os territórios da APS, tornando o seu papel fundamental no processo de conceber as pesquisas como agente de reflexões e mudanças no trabalho dos profissionais da APS.

Por fim, na sequencia da imagem, está representada a COGTES, órgão da SMS, responsável por receber, analisar e encaminhar os projetos de pesquisa a serem realizados nos serviços da APS. Dentre as suas atribuições, a COGTES é responsável por absorver as demandas de EPS das instituições que compõem a SMS, dentre elas: UAPS, CAPS, UPAS e hospitais municipais.

Figura 11: Representação Gráfica da Organização Educação Permanente em Saúde da SMS



Fonte: SMS

Nessa perspectiva, mostrou-se necessário compreender o trabalho dos técnicos da educação permanente e sua articulação com as pesquisas realizadas em seus territórios de ações.

Com relação à função dos técnicos de interlocutores entre as pesquisas realizadas e suas aplicações no campo das práticas cotidianas dos serviços da APS, observou-se nas narrativas uma sobrecarga das funções, transformando o trabalho dos técnicos direcionado pelas tecnologias leve-duras. Para os técnicos, o sentido de seu trabalho é viabilizar os processos administrativos relacionados às pesquisas. *“Eu sou a pessoa responsável da Regional com vinculação nas instituições de ensino para alocação dos estagiários nas 22 unidades da SER, nos diversos cursos que a universidade solicita e também eu sou responsável pela capacitação de profissionais da Atenção Primária: os médicos, enfermeiros, dentistas, nível médio e superior, ACS, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, em serviço. Os processos de formação desses profissionais em serviço, nas capacitações que são necessárias para o município.”*

Além disso, percebeu-se certa falta de conhecimento dos técnicos da educação permanente sobre o potencial dos resultados das pesquisas têm para contribuir com as mudanças nas práticas dos profissionais que compõem os serviços *“[...] a cada semestre as instituições elaboram a planilha solicitando campo de estágio, pesquisa, visitas técnicas e eles lá [COGTES], que nos repassam essas demandas. [...] a gente entra em contato com todos os gestores de cada unidade para poder viabilizar a entrada dos acadêmicos, dos pesquisadores em campo, basicamente é isso”.*

Para Gonçalves (1994) as tecnologias de cuidado em saúde se apresentam como elemento constituinte do processo de trabalho em saúde, referindo-se ao termo tecnologia como sendo um conjunto de instrumentos materiais do trabalho. Neste sentido, a tecnologia é analisada tanto como saber como por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde, como propõem Coelho e Jorge (2009).

A pesquisa identificou que o trabalho dos técnicos da educação permanente encontra-se centralizado no uso das tecnologias leve-duras, na qual há uma nítida preocupação em acolher a demanda dos pesquisadores que buscam entrar no campo empírico para realizar suas pesquisas, bem como organizar tais demandas de acordo com as ofertas e demandas dos serviços, articulando as instituições de pesquisas – universidades, com as unidades de saúde, baseando suas atividades no uso demasiado de protocolos. *“O pesquisador leva na COGTES,*

protocola lá, dar entrada no processo, onde lá é feita a análise do projeto é deferido ou indeferido, o parecer favorável ou desfavorável vem de lá pra cá e aqui a gente só encaminha para as unidades. O retorno, a respostas desses trabalhos que são desenvolvidos em campo os acadêmicos devem deixar na coordenadoria a conclusão do trabalho.”

O discurso dos técnicos da educação permanente revelou a burocratização no dos processos de viabilização de realização das pesquisas nos serviços da APS, causa certo distanciamento dos demais atores sociais envolvidos nas pesquisas, a saber, os participantes, na tomada de decisões para viabilização das necessidades de saúde do território pesquisado, *“essa aprovação dos projetos, ele já vem pré-aprovado por uma comissão da COGETS e eles encaminham para a regional para apresentação para que a gente fique ciente desse processo e aí daqui a gente encaminha para as unidades de saúde para iniciar as coletas de dados”*.

A falta de inclusão dos participantes das pesquisas ao longo do processo de viabilização se traduz em falta de exigência dos profissionais na cobrança pelo retorno do resultado das pesquisas. Como não há empoderamento durante o processo, os profissionais não conseguem identificar o potencial das pesquisas para reflexão e mudanças das suas práticas cotidianas de trabalho. *“As capacitações vem da secretaria de saúde. A COGETS é o órgão normatizador que é responsável por todas as formações do município de Fortaleza”*.

Os discursos dos técnicos apontaram que a Educação Permanente tem se caracterizado pela realização de capacitações pontuais, na sua maioria de caráter programático e centralizado, com conteúdos padronizados, visando à atualização de conhecimentos de categorias profissionais específicas, desconsiderando as realidades locais e as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores, e provocando pouco impacto nas práticas de saúde.

De acordo com CECCIM (2005), a EPS constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Nas narrativas dos coordenadores da APS, observou-se a fala distanciada, por vezes alienada acerca dos temas das pesquisas realizadas em seus campos de trabalho, *“como são muitas pesquisas, fica difícil lembrar [...] você fala dos temas, e eu já nem*

sei se participei de uma pesquisa, ou se ouvi falar numa reunião”. Diante das narrativas, constatou-se a necessidade de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica das pesquisas entre os diversos atores sociais e formadores do controle social em saúde. Esta ação permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola.

Outra dificuldade elencada pelos coordenadores da APS sobre a aplicação do resultado das pesquisas em seus campos de trabalho foi a falta de retorno desses resultados por parte dos pesquisadores. *“A gente sente falta do retorno das pesquisas, a gente até acredita que o que está sendo feito (as pesquisas), pode gerar alguma transformação no nosso serviço, mas na realidade, a gente nem sabe o resultado da pesquisa, como é que a gente pode saber se dá para aplicar”*.

Foi possível identificar que apesar das diretrizes da EPS se constituírem como um processo de construção coletiva de uma política de educação para o SUS, na prática o que se observou foi uma atitude complexa da gestão municipal de optar na implementação de pacotes de cursos, capacitações e treinamentos aplicados, pontuais e fragmentários que sobrepõem a técnica aos processos coletivos do trabalho e a contratação de consultores externos para as análises e formulações da tomada de decisões. *“eles (COGTES) elaboram os cursos de acordo com as necessidades. Por exemplo: tá acontecendo um curso sobre gestantes de risco. Ai esse foi, de acordo com a consultoria [...], foi identificada a necessidade desse curso. Então eles (COGETS), elaboram lá e a gente, executa aqui”*.

A educação permanente no Brasil foi instituída pela portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004 (Brasil, 2004), sendo alterada pela portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007 (Brasil, 2007), que apresentou novas estratégias e diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), cujo objetivo é transformar as práticas pedagógicas e de saúde, contribuindo para o processo de desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais da saúde.

A pesquisa revelou que as capacitações acontecem baseadas na organização disciplinar e de especialidades, conduzindo ao estudo fragmentado dos problemas de saúde, levando à perpetuação da formação de profissionais que não

conseguem lidar com as totalidades ou realidades complexas. Nesse sentido, observou-se a importância da educação permanente contextualizada com o campo de atuação dos profissionais.

Segundo Merhy (2005), todo processo que esteja comprometido com a educação permanente precisa ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria a capacidade de problematizar a si mesmo no agir.

Os discursos dos participantes convergem para a compreensão de que a educação permanente considera a aprendizagem significativa, em que aprender e ensinar deve integrar a prática diária dos profissionais de saúde, pois, por meio dela, estes refletem sobre as diversas realidades e os modelos de atenção em saúde em que estão inseridos, com o intuito de identificar as situações problema.

De acordo com os autores acima citados, quando a reflexão das práticas do trabalho em equipe nos serviços de saúde permanece na condição de segundo plano ou nem acontece, ou seja, a educação permanente não é contemplada, a produção do cuidado torna-se engessada.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos implicaria trabalho articulado entre os sistemas de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino. Assim, colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço ou da educação permanente em saúde, promovendo a agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

Os estudos de Mancia, Cabral e Koerich (2004), Bravin (2008) e Faria (2008) apontam a aprendizagem significativa no contexto da educação permanente. A troca de saberes entre os atores envolvidos e a aplicabilidade do processo educativo no processo de trabalho torna o aprendizado significativo. Além do mais, o aprender não se dissocia do ensinar, mas implica mudanças. Mudanças essas muitas vezes pessoais ou coletivas de aceitar a subjetivação dos atores, de determinar as prioridades coletivas, de identificar a importância da integração da teoria com a prática, de refletir que não adianta somente analisar as práticas, mas

criar meios para mudá-las e, principalmente, que os atores envolvidos tenham ação e reflexão das suas práticas cotidianas.

No que se refere o uso das pesquisas no campo da educação permanente, alguns aspectos podem ser mencionados em relação aos profissionais da saúde que reconhecem o espaço de trabalho como um ambiente de formação coletiva por meio da pedagogia da problematização, como a formação acadêmica (antes, durante e após), o 'estar aberto' às discussões em relação aos novos saberes de núcleo e de campo das profissões, refletir sobre as inúmeras produções de conhecimento na área da saúde e de outras áreas que somam e reconstróem o conhecimento e as práticas de saúde, para dar conta dos problemas individuais e coletivos desses serviços.

Um dos desafios que a educação permanente vivencia é a inexistência de um espaço de diálogo entre as pesquisas e o campo de atuação dos profissionais em saúde, para que este seja um participante ativo em todas as etapas da pesquisa.

A educação permanente é a reflexão crítica sobre o processo de trabalho, com o alicerce do processo de formação da área da saúde, pois as situações vivenciadas pelas equipes no labor podem se constituir em experiências de aprendizagem significativas que incidem na qualidade do atendimento prestado tanto em relação às necessidades individuais quanto coletivas.

Entendendo a educação permanente como um processo de aprendizagem significativa, em que o aprender e o ensinar integram a prática diária dos profissionais da saúde, refletindo sobre as diversas realidades e os modelos de atenção em saúde em que estão inseridos, é importante ressaltar que articulação entre os serviços e as instituições de pesquisa ainda se mantem distante de promover ações estratégicas em saúde, protagonismo, transformação das práticas de atenção, de gestão e de controle social e produção de políticas enraizadas nos princípios e nas diretrizes do SUS.

O trabalho coletivo, atualmente, caracteriza-se pelo seu parcelamento e pela produção de estranhamento do trabalhador em relação ao próprio processo de trabalho, a seu contexto e seus resultados. Contudo, em que pesem os fatores de alienação, há que se considerar que a unidade rompida entre concepção e execução do trabalho, tomada de decisão e ação pode ser recomposta no processo de

trabalho pela utilização contínua da capacidade de avaliação e julgamento do trabalhador. Assim, para além da reiteração de modelos de trabalho já dados e dominantes, podem se configurar espaços de mudança nos processos de trabalho em saúde.

As narrativas dos técnicos da EPS indicaram que a educação permanente no município insere-se, portanto, num contexto de tensionamentos, em que há possibilidade tanto de meramente reproduzir a tecnicidade e a normatividade do trabalho como de configurar oportunidades de recomposição dos processos de trabalho, de modo que os trabalhadores da saúde possam reconhecer, negociar e responder de forma mais pertinente às necessidades de saúde dos usuários e da população, buscando assegurar direitos e qualidade na prestação de serviço, na perspectiva do fortalecimento do SUS. *“a pesquisa é como um olhar externo o que está acontecendo, porque às vezes passa despercebido pelo profissional [...], infelizmente nós não temos tempo, nem organização para conhecer e utilizar esses resultados”*.

Entende-se que, de certa forma, as atividades educativas de trabalhadores devem ter sua origem e execução próximas à realidade de trabalho, para que estimulem sua problematização de forma contextualizada e promovam o diálogo entre as políticas públicas e as singularidades dos lugares e pessoas (BRASIL, 2004). Entretanto, o levantamento das pesquisas na COGTES revelou que são realizadas poucas pesquisas no município, ou ainda, que tais pesquisas são subnotificadas pelo CEP da COGTES.

Para KASTRUP (2001), a aprendizagem, sobretudo é uma atividade inventiva, pertence ao mundo dos movimentos. A aprendizagem é uma atividade da educação problematizadora, uma invenção de problemas e experiência de problematização. Trata-se do movimento tensionador entre o saber anterior e a experiência presente de estranhamento, rumo ao imprevisível (uma vez que é invenção de novidade). As narrativas dos participantes evidenciaram que as pesquisas podem contribuir nas suas práticas cotidianas, entretanto seria necessário que estes se tivessem acesso aos resultados, *“a gente acredita no potencial das pesquisas, porque toda pesquisa é um movimento, mas dificilmente a gente sabe dos resultados. Então, como é que a gente pode apreender algo das pesquisas, sem ter acesso a esses resultados”?*

Os estudos de Ceccim e Ferla (2006), apontam que, no caso da educação permanente, pensar problemáticamente refere-se à certa organização dinâmica da educação, ampliação e potencialização, via dispositivos pedagógicos, dos atos de pensar, aprender e conhecer relativos a um atuar/proceder.

O processo de EPS requer que seus atores se sintam convocados à criação, a abertura e ao coletivo. Sob esta perspectiva, os resultados das pesquisas se apresentam como potência de afetar e ser afetado, caminhando na diversidade, construindo alianças, problematizando conceitos e contextualizações. Promovendo espaço de empoderamento e autonomia dos atores envolvidos e constitui espaços criativos e sensíveis na produção do cuidado vivo em ato.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 CAMINHOS E DESCAMINHOS DAS CONTRIBUIÇÕES DAS PESQUISAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A título de considerações finais, a reflexão é acerca os caminhos e descaminhos das contribuições das pesquisas realizadas na APS no cotidiano dos serviços como fonte de potencialidade para as práticas de acolhimento e vínculo, mas com a clareza do inacabamento que permeia qualquer análise, vez que os sujeitos e suas práticas estão em constante devir.

O objeto recortado na análise constitui-se e concretiza-se, histórica e socialmente, a partir da existência humana e de suas relações, portanto, as convergências e divergências, o complementar e o diferente foram decisivos para a compreensão da sua dinâmica, no contexto da Atenção Primária à saúde, em Fortaleza. Nesse sentido, apreendem-se as práticas de acolhimento e vínculo na APS como uma produção social, sendo, portanto, o reflexo das negociações cotidianas, atravessada por intencionalidades dos distintos sujeitos que a constroem/reconstroem, a partir de mediações teóricas, políticas, empíricas e simbólicas.

À luz das análises, como resultado aproximado da realidade, ressalta-se o desafio agora posto: propor mudanças operativas no uso das pesquisas nos cotidianos dos serviços da APS de Fortaleza. Destaca-se que as proposições, aqui delineadas, são produtos do encontro entre os atores que vivenciam a prática (dados empíricos), os que teorizam e experienciam o fazer/agir saúde na APS em outros cenários (referencial teórico) e os atores sociais/objetos que propuseram esse encontro (pesquisadores, por conseguinte, também, pesquisados).

A confluência entre os três momentos analisados, na pesquisa, materializa-se numa só substância, ainda que não acabada, mas permeada de potência para agenciar novas maneiras de articular os resultados das pesquisas no campo dos serviços da APS, produzindo novos espaços de reflexão, de inserção de elementos que possam contribuir para tais práticas, como também de reflexão crítica aos pesquisadores de

que tais pesquisas, ainda se mantêm distantes de atravessar o campo teórico e permear o campo empírico do cotidiano das práticas de cuidado.

Pensar a prática é refletir acerca de sua importância na configuração do existir humano e de sua interdependência. Assim sendo, há uma constituição da prática que determina modos e maneiras de agir dos sujeitos individuais e coletivos e, no sentido inverso, uma interpenetração objetiva e/ou simbólica destes sujeitos, no redimensionamento das ações humanas, ou seja, das práticas que são, portanto, produtos das relações dialéticas.

Acredita-se que o debate, em torno das práticas de acolhimento e vínculo no cotidiano da APS, perpassa pelo modelo de atenção mais adequado que possibilite agregar as diversas tecnologias (dura, levedura e leve), disponíveis da maneira mais adequada, sem reduzi-las, nem, tão pouco, dimensioná-las para além de suas possibilidades.

No entanto, não se defende um modelo pronto ou definitivo, por isso, a opção de trazer alguns dos elementos constitutivos de modelos experimentados, em diversas pesquisas relacionadas à temática e que têm contribuído para a recondução das práticas em saúde, pautadas no ideário do Sistema Único de Saúde, proposto pela Reforma Sanitária Brasileira.

As análises e discussões foram atravessadas pela intensão de criar confrontos entre o posto e o proposto, procurando capturar os vetores que indicassem um caminho possível a ser trilhado, ou descaminhos a serem (des)construídos. Nessa seara de possibilidades, os caminhos foram sendo apontados no decorrer das discussões teórico-empíricas, identificadas enquanto rupturas à dicotomização da relação academia e serviços de saúde. A ênfase na articulação desses campos de saber parece ser uma potencial ferramenta de mudança nos processos de trabalho, tanto de pesquisadores como de trabalhadores da saúde, alicerçando o resultado das pesquisas como um campo de confecção de ressignificação das práticas, e de reflexão coletiva para novos modelos de cuidado.

Acredita-se que, se deve haver uma reversão de pensamento sobre a contribuição das pesquisas para as práticas de produção do cuidado no cotidiano dos serviços, igualmente deve haver uma reversão de pensamento da educação permanente como campo fértil para essas ações. O caminho talvez seja o de

buscar a potência dos diversos atores implicados nas pesquisas, levantando questões, investigando realidades e interrogando paisagens, na perspectiva de transformar as pesquisas numa aprendizagem de si, dos entornos e dos papéis profissionais (potências profissionais).

Nessa perspectiva, destaca-se a Saúde Coletiva como espaço necessariamente interessado e privilegiado para a discussão da relevância social e do reencontro da relevância social com o caráter técnico e científico da formação dos profissionais de saúde, contemplando a percepção e o exercício do poder que impulsiona para a construção de práticas pautadas nos pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira.

Nesse momento a ênfase recai sobre as contribuições da Saúde Coletiva para a ressingularização da epidemiologia, do planejamento, da política e da gestão em saúde, mas também para a ressignificação da clínica - equipes multiprofissionais e saberes interdisciplinares, projetos terapêuticos singulares, articulações em redes sociais e de serviços de saúde, práticas cuidadoras em saúde e ações intersetoriais. Temas nos quais a Saúde Coletiva tem se debruçado de forma comprometida ao longo desses 25 anos de SUS.

Assim, a saúde coletiva está inserida como campo de produção de conhecimento e de intervenção interdisciplinar, onde não há disputa por limites precisos ou rígidos entre as diferentes escutas ou diferentes modos de olhar, pensar e produzir saúde. Todas as práticas de saúde orientadas para os modos de andar a vida, melhorando as condições de existência das pessoas e coletividades demarcam intervenção e possibilidades às transformações nos modos de viver, trabalham com promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, ações de reabilitação psicossocial e proteção da cidadania, entre outras práticas de proteção e recuperação da saúde.

Esta pesquisa aponta caminhos que desvelam o emaranhado da teia que constitui a utilização do resultado das pesquisas como fonte de potência para enriquecimento das práticas cotidianas na Atenção Primária à Saúde, entretanto reconhece-se a suas limitações e propõe novos estudos para tecer essa teia de relação.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ALVAREZ, A. P. E. et al. As oficinas como espaço do protagonismo dos sujeitos no processo de avaliação. In: CAMPOS, R. O. et al (Org.). **Pesquisa Avaliativa em saúde mental. Desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p.300-318.
- ARCÊNCIO RA; et al. City tuberculosis control coordinators perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(5):527-31.
- ASE I. La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal. *Salud Colectiva*. 2006;2(2):199-218.
- ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. **Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. EDUFB, 2010.
- Ayres JRCM 2004. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação** 8 (14):73-91.
- BERTOLOZZI MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente observado (DOTS) no município de São Paulo-SP [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
- BOFF L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes; 2014.
- BOSI, MLM, UCHIMURA, KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saude Publica**. 2007.
- BOSI, MLM. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev Saúde Pública** 2010;44(2):318-24.
- BOSI, MLM; Martinez, FJM. Modelos avaliativos e reforma sanitária Brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Rev. Saúde Pública** vol.44 n.3 São Paulo June 2010.

BRANDÃO, D; SILVA, R. Avaliação educadora. In L. A. Ferraro Jr. (Org.), **Encontros e Caminhos: formação de educadoras(es) ambientais e coletivos educadores**. Volume III. Brasília: MMA, 2008.

BRASIL. Constituição Federal 5 de setembro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília; 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da saúde; 2006, 22p, 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, vol7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF; 2004.

BRUNELLO, MEF et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paul. enferm. [online]**. 2010, vol.23, n.1, pp. 131-135.

CAMELO SHH, et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2000;8(4): 30.

CAMPOS GWS. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Cienc Saude Coletiva**. 2006 12(Supl): 1865-74.

CECCIM RB, FERLA AA. Educação permanente em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, org. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2006. p. 107-12.

CECCIM, RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

COELHO MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Cienc Saude Colet**. 2009.

CONTANDRIOPOULOS, AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva** vol.11 n. 3 Rio de Janeiro July/Sept. 2006.

CONTANDRIOPOULOS, AP. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 29-48.

DENIS, JL; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p.49-88.

ESCÓSSIA, L. Coletivizar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M.L. e MARASCHIN, C. (Orgs.). **Pesquisar na diferença. Um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 53 -54.

FARIA, CAP. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 20, n. 59, p. 97-110, 2005.

FAUSTO, M. C. R. Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira, 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj.

FELISBERTO E, et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** vol.9 no.3 Recife Jul/Sept. 2009.

FINKLER L, DELL"AGLIOLL. Reflexões sobre avaliação de programas e projetos sociais. **Barbaroi** no.38 Santa Cruz do Sul jun. 2013.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2007: Saúde, Qualidade de Vida e a ética do cuidado. Imprensa Municipal. 2007.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Site do Município de Fortaleza: Informações sobre a cidade. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 02 Set. 2014.

FRANCO TB, et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saude Publica**. 1999;15(2):345–53.

FRANCO TB, MERHY EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE,

Miranda Jr. H, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p.55-124.

FRANCO, T.B.; MAGALHAES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização nas linhas do cuidado. In. MERHY, E.E. et al.; **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 296p.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica[online]**. 2014, vol.35, n.2, pp. 144-149. ISSN 1020-4989.

GATTINARA, B.C. et al. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 425-438, 1995.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Escola Nacional de Saúde Pública**, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2005.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Effective Evaluation**. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1988.

_____. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ): EPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LAPERRIÈRE, H.; ZÚÑIGA, R. Cuando la comunidad guía la acción: hacia una evaluación comunitaria alternativa. **Psicología & Sociedade**, vol. 19, n. 3, p. 39-45, 2007.

LIMA MADS, et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm**. 2007;20(1):12-7

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610, set./out. 2004.

MATTOS, R. A. Desenvolvendo e Ofertando Idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj.

MATUMOTO S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. **Rev Latino Amer Enferm.** 2009;17(6):1001–8.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: A.T. Reis, A.F. Santos, C.R. Campos, D.C. Malta & E.E, Merhy (org.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** SP: Xamã, 1998.

MERHY, E.E.; **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** 3. ed.. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface. Comunicação, saúde, educação**, vol. 13, supl. I, p. 689-694, 2009.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, MCS. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, MCS; Romeu, SG (orgs). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p.9-29.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000. [Links]

OLIVEIRA LML, et al. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção à saúde. **Rev APS.** 2010;11(4):362–73.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 12 nov. 2004.

Organização Mundial da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas 2005. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_a_saude_de_americas. Acesso em: agos 2014.

PATTON, M.Q. **Utilization-focused evaluation: the new century text**. 3.ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

SANTOS AM, ASSIS MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Cienc Saude Coletiva**. 2006;11(1):53–61.

TANAKA, O; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TRAD, LAB.; et al. Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

SANTOS, AM.; et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SILVA, LWS. et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser(re) descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 4, n. 58, p. 471-475, jul./ago. 2008.

STARFIEL B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saberes, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde /UNESCO; 2004.

SCHIMITH MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**. 2004; 20 (6): 1487-94.

SILVA, LMV. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 4, n. 2, p. 331-339, 1999.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

ROSSI FR, Lima MADS. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm.** 2005; 58(3):305–10.

TEIXEIRA RR. **Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: Cepesc; 2003. Pp. 91–113.

TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

APÊNDICE

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GESTORES DO SUS

O (a) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Organização da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental no estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica” que tem como objetivo analisar a construção da rede regional de saúde e sua interface com a rede de saúde mental nas dimensões política, econômica, organizacional, social, tecnológica e simbólica nas macrorregionais de Fortaleza no Estado do Ceará.

Serão utilizadas as técnicas de observação sistemática do dia-a-dia dos serviços, entrevista semi-estruturada com questões abertas e um questionário com os dados sociodemográficos. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista e um questionário sobre o processo de regionalização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) com ênfase na saúde mental. Pretende-se, assim, aprofundar a discussão sobre questões relacionadas à descentralização e integralidade e à constituição das redes assistenciais. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista e/ou questionário serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os gestores, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores quando assim solicitado, fomentado a criação de políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, que os sujeitos da pesquisa terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, coordenadora da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____

tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Data: ____/____/2014.

Participante

Pesquisador

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRABALHADORES DE SAÚDE DO SUS

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Organização da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental no estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica” que tem como objetivo analisar a construção da rede regional de saúde e sua interface com a rede de saúde mental nas dimensões política, econômica, organizacional, social, tecnológica e simbólica nas macrorregionais de Fortaleza no Estado do Ceará.

Serão utilizadas as técnicas de observação sistemática do dia-a-dia dos serviços, entrevista semi-estruturada com questões abertas sobre a sua experiência, questionário com os dados sociodemográficos, bem como no grupo focal com outros trabalhadores da saúde. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista, um questionário e/ou participando do grupo focal sobre tema sobre o processo de regionalização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) com ênfase na saúde mental. Pretende-se, assim, aprofundar a discussão sobre questões relacionadas à descentralização e integralidade e à constituição das redes assistenciais. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista, grupo focal e questionário serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham sigilo do que se passar no grupo. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os trabalhadores, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, quando assim solicitado, fomentado a criação de políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, que os sujeitos da pesquisa terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, coordenadora da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____
tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Data: ____/____/2014.

Participante

Pesquisador

Apêndice C

TEMÁRIO DO GRUPO FOCAL PARA COORDENADORES DA UAPS

Horário da oficina: Início _____ Término _____

Quantos participantes: _____

Hoje em dia muitas pesquisas estão sendo realizadas na área da saúde e diante este fato indagamos se os resultados dessas pesquisas repercutem no cotidiano dos serviços, em específico na ESF. Para discutir esse tema, optou-se em aprofundar a discussão dos dispositivos de acolhimento e vínculo (processo de trabalho e organização do serviço).

1. Falem um pouco sobre as pesquisas que estão sendo realizadas nas UAPS. (Relevância dos temas; contribuição para o serviço; mudança das práticas).

2. Sobre os temas elencados vocês acreditam que as pesquisas contribuem para modificar as práticas, melhorar os serviços e transformar os sujeitos? (comentar sobre cada tema separadamente)

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. Existe a devolução dos resultados da pesquisa? Como é feita? Se não, por qual motivo não acontece? (horário, espaço físico, disponibilidade do pesquisador ou dos trabalhadores)

6. Qual sua contribuição, como gestor, para implementar os resultados das pesquisas na UAPS.

Apêndice D

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DA COGTES

Identificação:

- Identificação:
- Idade:
- Sexo:
- Escolaridade:
- Profissão, tipo de atividade que desenvolve:
- Bairro:

Questões norteadoras

Fale-me sobre pesquisas em saúde e a contribuição para produção do cuidado.

Comente sobre as relações que se estabelecem entre a realização de pesquisas e os serviços da atenção primária no município.

Em sua opinião de que modo as pesquisas contribuem para o fortalecimento das práticas de acolhimento e vínculo das equipes? Como elas são evidenciadas no cotidiano dos serviços?

Quais os territórios em que as pesquisa são realizadas na Atenção Primária á Saúde, referente ao acolhimento e vínculo?

Apêndice E

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TÉCNICOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Identificação:

- Identificação:
- Idade:
- Sexo:
- Escolaridade:
- Profissão, tipo de atividade que desenvolve:
- Bairro:

Questões norteadoras

1. Falem um pouco sobre as pesquisas que estão sendo realizadas nas UAPS. (Relevância dos temas; contribuição para o serviço; mudança das práticas)

2. Sobre os temas elencados vocês acreditam 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. Na sua opinião, quais estratégias poderiam ser pensadas para facilitar a divulgação e implementação dos resultados das pesquisas?

5. Existe a devolução dos resultados da pesquisa? Como é feita? Se não, por qual motivo não acontece? (horário, espaço físico, disponibilidade do pesquisador ou dos trabalhadores).

Apêndice F

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DA APS

Identificação:

- Identificação:
- Idade:
- Sexo:
- Escolaridade:
- Profissão, tipo de atividade que desenvolve:
- Bairro:

Questões norteadoras

1. Falem um pouco sobre as pesquisas que estão sendo realizadas nas UAPS. (Relevância dos temas; contribuição para o serviço; mudança das práticas).

2. Sobre os temas elencados vocês acreditam que as pesquisas contribuem para modificar as práticas, melhorar os serviços e transformar os sujeitos?

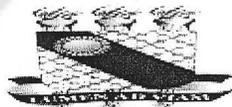
3. Como ocorre o acolhimento e o vínculo nesta unidade de saúde? Qual a relação com seu processo de trabalho?

4. Como as pesquisas contribuem com as práticas de acolhimento e vínculo que devem ser efetivadas na UAPS?

5. Quais são os desafios percebidos para a implementação dos resultados das pesquisas?

ANEXOS

Parecer do CEP



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 Salete Bessa Jorge

Área Temática:

Versão:

CAAE: 31117214.0.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 662.093

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: Itaperi

UF: CE

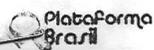
Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

CEP: 60.714-903

E-mail: anavaleska@usp.br



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de 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	2. Número de Participantes da Pesquisa: 140
3. Área Temática:	
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde	

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

5. Nome: Maria Salete Bessa Jorge			
6. CPF: 120.477.673-34	7. Endereço (Rua, n.º): DOUTOR JOSE LOURENCO 2835 JOAQUIM TAVORA Apto 301 FORTALEZA CEARA 60115282		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (85) 3227-8824	10. Outro Telefone:	11. Email: maria.salete.jorge@gmail.com
12. Cargo:			

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

 Data: 16 / 05 / 2014

Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

13. Nome: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA FUNECE	14. CNPJ:	15. Unidade/Órgão: Centro de Ciências da Saúde
16. Telefone: (85) 3101-9600	17. Outro Telefone:	

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

 Responsável: GLAUCIA POSSO LIMA CPF: 295.681.883-04

 Cargo/Função: DIRETORA CCS/UECE

 Profª Gláucia Posso Lima
Diretora do CCS - UECE

 Data: 16 / 05 / 2014

Assinatura

PATROCINADOR PRINCIPAL