

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

ELAINE CHRISTINA DA SILVA LIRA

**INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS FLUXOS
DE PROJETOS DE PESQUISA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE**

**RECIFE
2015**

ELAINE CHRISTINA DA SILVA LIRA

INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS
FLUXOS DE PROJETOS DE PESQUISA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO
RECIFE

Monografia apresentado ao Curso de
Gestão do Trabalho e Educação em
Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,
para obtenção do título de especialista
em Gestão do Trabalho e Educação em
Saúde.

Orientadora: Prof. Msc. Juliana Dantas Torres Ribeiro

RECIFE

2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

L768i Lira, Elaine Christina da Silva.
Institucionalização do monitoramento e avaliação dos fluxos de projetos de pesquisa da Secretaria de Saúde do Recife/ Elaine Christina da Silva Lira. — Recife: [s. n.], 2015.
40 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Juliana Dantas Torres Ribeiro.

1. Organização e Administração. 2. Projetos de Pesquisa. 3. Institucionalização. 4. Avaliação. 5. Tomada de Decisões. I. Ribeiro, Juliana Dantas Torres. II. Título.

ELAINE CHRISTINA DA SILVA LIRA

INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS FLUXOS DE
PROJETOS DE PESQUISA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE

Monografia apresentado ao Curso de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Aprovada em: 03/02/ 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Kátia Rejane de Medeiros
CPqAM/Fiocruz/PE

MSc. Juliana Dantas Torres Ribeiro
SESAU Recife/PE

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus.

Aos meus pais, Edjane Lira e João Lira, por toda luta, amor, parceria e compreensão, sem os quais teria sido muito difícil chegar até aqui.

Ao meu namorado César Ribeiro, pela ajuda, incentivo e compreensão durante o curso e na fase de construção deste trabalho.

A minha orientadora Juliana Ribeiro. Primeiro por ter permitido e incentivado a minha participação nesta Especialização e segundo por sempre ter se mostrado disponível e parceira em todos os momentos de construção das atividades de enlace e do Plano de Intervenção.

As minhas parceiras e amigas de Progesus, Lili Albuquerque, Íris Samandhi e Márcia Carvalho, por termos construído juntas todas as atividades de enlace.

A Gestora da Unidade de Formação e Educação na Saúde- UFES, Valderez Ribeiro, por ter apoiado e permitido a aplicação deste Plano de Intervenção.

Aos meus amigos e colegas da UFES por terem dado todo apoio durante as semanas em que precisamos ficar ausentes. Em especial a Camilo Torres e Juliana Rozal pela ajuda nas atividades de enlace e construção do Plano de Intervenção.

Por fim, agradeço a todos os colegas da SEGTES que sempre se mostraram solícitos para disponibilizar dados e informações que contribuíram para a construção de todas as atividades de enlace.

LIRA, Elaine Christina da Silva. Institucionalização do Monitoramento e Avaliação dos Fluxos de Projetos de Pesquisa da Secretaria de Saúde do Recife. 2015. Monografia (Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

RESUMO

A pesquisa é para os gestores das Políticas Públicas de Saúde uma forma de impulso que permite a formação de novos conhecimentos e o aperfeiçoamento dos que já existem. Países que investem em saúde, ciência e tecnologia são os que mais avançam no campo da saúde e, conseqüentemente, geram desenvolvimento econômico. Na cidade do Recife, PE, a Rede de Atenção à Saúde, nos três níveis de atenção, vem se apresentando como um amplo campo para coleta de dados. Diante disso, o presente projeto de intervenção tem como objetivo apontar estratégias para a reestruturação do Setor de Projetos de Pesquisa e Extensão da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), da Secretaria de Saúde do Recife, como forma de otimizar e tornar mais eficiente a utilização dos cerca de 200 (duzentos) projetos de pesquisa que são recebidos por ano, como fonte de informação para auxiliar a tomada de decisão. É proposta deste projeto ainda a disponibilização dos resultados destas pesquisas para a população, além da criação de espaços de exposição para os pesquisadores e seus trabalhos.

Palavras chaves: Pesquisa, Uso da Informação Científica na Tomada de Decisões em Saúde, Gestão da Informação em Saúde, Política de Saúde.

LIRA, Elaine Christina da Silva. Institutionalization of Monitoring and Research Projects Flow Evaluation of Recife Health Department. 2015. Monografia (Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

ABSTRACT

The research is for managers of Health Public Policies a way to improve the formation of new knowledge and the improvement of existing ones. Countries that invest in health, science and technology are the most advance in health and hence generate economic development. In Recife, PE, the Health Care Network in the three care levels, has been presented as a broad field to collect data. Thus, this intervention project aims to point out strategies for the restructuring of Research Projects Sector and Extension of the Executive Secretary of Labor Management and Health Education - SEGTES, the Recife Health Department, in order to optimize and make more efficient use of the 200 (two hundred) research projects that are received annually, as a source of information to aid decision making. This project also proposes making available the results of the researchs to the public, and the creation of exhibition spaces for researchers and their works.

Keywords: Research, Use of Scientific Information for Health Decision Making, Health Information Management, Health Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Países em desenvolvimento e suas contribuições para a saúde	26
Figura 1 – Organograma da SESAU Recife	34
Figura 2 – Organograma da SEGTES.....	35
Quadro 2 – Metas, estratégias e cronogramas a serem seguidos para aplicação do Plano de Intervenção na SESAU	40
Quadro 3 – Orçamento para aplicação do Plano de Intervenção.....	43
Gráfico 1 – Pesquisas submetidas, por ano, à SESAU Recife	46
Gráfico 2 – Quantitativo de projetos recebidos por mês.....	46
Gráfico 3 – Evolução dos projetos de pesquisa por curso	47
Gráfico 4 – Evolução dos projetos de pesquisa por escolaridade	47
Gráfico 5 – Evolução dos projetos de pesquisa por instituição	48
Gráfico 6 – Escolaridade pelas 10 mais frequentes instituições.....	49
Gráfico 7 – Evolução dos projetos de pesquisa por Distrito Sanitário	50
Gráfico 8 – As 15 mais frequentes linhas de pesquisa por Distrito.....	51
Gráfico 9 – Quantidade de pesquisas, por mês, ano 2013	52
Gráfico 10 – Quantidade de pesquisas, por mês, ano 2014	52
Gráfico 11 – Quantidade de pesquisas, por mês, ano 2015.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPPS – Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CT-Saúde – Fundo Setorial de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DDGTES Distritais – Divisões Distritais de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

DES – Divisão de Educação na Saúde

DIU – Dispositivo Intrauterino

DNV – Declarações de Nascidos Vivos

DS – Distritos Sanitários

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GIL – Gerenciador de Informações Locais

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IMIP – Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira

INCA – Instituto Nacional de Câncer

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PIB – Produto Interno Bruto

PNAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PNCTIS – Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RNIS – Rede Nacional de Informações de Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SEGTES – Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SEP – Setor de Educação Permanente
SESAU – Recife Secretaria de Saúde do Recife
SIASUS – Banco de Dados Nacional de Informações Ambulatoriais do SUS
SIGAE – Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Especializada
SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificações
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS – Sistema de Informação em Saúde
SPPE – Setor de Projeto de Pesquisa e Extensão
SUS – Sistema Único de Saúde
TRO – Desenvolvimento da Terapia de Reidratação Oral
UFES – Unidade de Formação e Educação na Saúde
UPA – Unidades de Pronto Atendimento
USF – Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 Informação em Saúde	15
2.2 Pesquisa em Saúde.....	23
2.3 A importância da Pesquisa em Saúde para o SUS.....	29
2.3.1 A Pesquisa na Secretaria de Saúde do Recife.....	32
3 OBJETIVOS.....	38
3.1 Objetivo Geral.....	38
3.2 Objetivos Específicos	38
4 EIXOS DE INTERVENÇÃO E DIRETRIZES	39
5 METAS, ESTRATÉGIAS E CRONOGRAMAS	40
6 RECURSOS HUMANOS.....	42
7 ORÇAMENTO	43
8 FONTE DE FINANCIAMENTO	44
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICE A – Nota Técnica sobre Projetos de Pesquisa	59
APÊNDICE B – Formulário de Análise de Pesquisa reformulado	63
APÊNDICE C – Panorama Projetos de Pesquisa	65
APÊNDICE D – Reformulação do portal do SUS Recife	71
APÊNDICE E – Áreas de Pesquisa.....	72

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

São princípios do SUS: a universalidade, na qual toda pessoa possui direito a um atendimento em saúde pública, gratuito e de qualidade; a igualdade, na qual todas as pessoas devem ter direito ao mesmo tipo de atendimento em saúde sem que haja preconceito de raça, gênero, condição social, dentre outros; equidade, nesse princípio a rede de serviço de saúde deve estar atenta para diferenças existentes, objetivando ajustar suas ações de acordo com a realidade e particularidade de cada parcela da população; e a resolubilidade dos serviços, onde o sistema deve ser competente para resolver os problemas de saúde da população. Conforme indica, Menicucci (2006, p. 59):

As inovações no campo da saúde trazidas pela Constituição de 1988 permitem identificar uma ruptura com os princípios que deram sustentação às políticas que tinham caracterizado a trajetória brasileira até então, particularmente ao consagrar o direito à saúde e garantir o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde, definindo um novo modelo organizacional para o setor.

De acordo com Rodrigues Neto (1997, p. 11), a saúde deve ser compreendida como resultado das formas de organização social de produção, ou seja:

Pelo acesso das pessoas ao emprego, com salário justo, habitação e saneamento, do meio ambiente, ao transporte adequado, à uma boa alimentação, à cultura e ao lazer, além evidentemente do acesso a um sistema digno, de qualidade e que resolva os problemas de atendimento às pessoas quando necessitarem.

Em outras palavras, Rodrigues Neto (1997), diz que a saúde não é obtida apenas com assistência médica, mas sim mediante condições objetivas de sobrevivência, com a garantia do direito ao emprego, à habitação, à alimentação, entre tantas outras.

No ano de 2003, durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), foi discutida a necessidade de elaboração de uma política de informação, comunicação

e informática para o SUS, consideradas componentes essenciais para se alcançar a equidade, qualidade e humanização dos serviços de saúde e fortalecer o controle social do âmbito do SUS, segundo consta no texto base da 12ª CNS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

Após a implantação do SUS, os sistemas de informação em saúde brasileiros expandiram-se. Estes sistemas permitem a democratização no acesso as informações referentes não só a saúde, mas também ao controle social. Atualmente, vem crescendo a divulgação de informações referentes a dados de doenças, resultados de pesquisas em saúde, diagnósticos, taxas de mortalidade, epidemias, surtos, o que é reflexo da expansão da informação em saúde. O intuito é que o acesso a esta informação seja acessível e de fácil entendimento a toda população (o que talvez venha a se caracterizar como um desafio para o SUS). Pode-se considerar que a informação em saúde atingirá verdadeira eficaz em seu objetivo quando o resultado de suas pesquisas poderem ser socializadas nos diversos meios de comunicação, sendo repassada de forma que alcance o entendimento do usuário ao especialista.

A Pesquisa em Saúde é entendida como um conjunto de produção de conhecimentos, tecnologias e inovações que têm como objetivo principal a melhoria da saúde da população, componente *sine qua non* para a produção da qualidade de vida das pessoas. Para que isso ocorra de fato é necessário que a pesquisa em saúde consiga superar a perspectiva disciplinar e caminhe para a perspectiva de identificar objetos de intervenção que possam atingir o objetivo principal da Pesquisa em Saúde.

Segundo Oliveira (2006, p. 27):

[...] hoje a prática dos conselhos de saúde, em nível municipal, merece uma avaliação mais crítica e capaz de apontar os desafios e as contradições em relação ao controle público e a participação popular no Sistema Único de Saúde, tendo como enfoque a questão da comunicação social.

A cidade do Recife possui uma população estimada em 1.617.183 habitantes e uma área territorial de 218,435 km², segundo dados do IBGE (2015).

O município é a capital nordestina que apresenta o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M), segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU) de 2010, figurando como a capital mais alfabetizada, com a menor incidência de pobreza e a com a maior renda média domiciliar mensal do

Nordeste do país (NAÇÕES UNIDAS, 2010).

Em relação à mortalidade infantil, Recife apresentou um decréscimo de 15,4% no período de 2006 a 2013. Já em relação à mortalidade materna, a taxa foi de 62,4 para 100 mil nascidos vivos em 2013, segundo dados da Secretaria de Saúde do Recife.

De uma forma geral, as maiores causas de mortalidades no município são: doenças do aparelho circulatório; neoplasias (mama e próstata) e causas externas (homicídios, acidentes automobilísticos e suicídios) (RECIFE, 2014).

A Secretaria de Saúde do Recife (SESAU Recife) é responsável pela elaboração e implantação de políticas, programas e projetos cujo objetivo é a promoção, proteção e recuperação da saúde da população. A SESAU Recife realiza a articulação e o planejamento de ações desenvolvidas em toda rede municipal de saúde. Sua estrutura organizacional é composta pelas Secretarias Executivas de Coordenação Geral, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Atenção à Saúde, Vigilância à Saúde e Administração e Finanças, que têm o objetivo de formatar e executar as atividades preconizadas pelo SUS.

Na estrutura da SESAU existe a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), responsável por desenvolver políticas e programas cujo objetivo é garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, colocando a gestão do trabalho e da educação como responsáveis pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde.

A SEGTES é composta pela Unidade de Formação e Educação na Saúde (UFES), que é responsável pela Divisão de Educação na Saúde (DES). A DES possui dois setores: o Setor de Educação Permanente (SEP) (responsável pela qualificação dos servidores) e o Setor de Projeto de Pesquisa e Extensão (SPPE), que é responsável por receber todas as pesquisas realizadas dentro da Secretaria de Saúde do Recife.

Por ano, o SPPE recebe cerca de 200 (duzentos) projetos de pesquisas em diferentes níveis de formação e áreas temáticas, produzindo conhecimentos que podem ser utilizados para auxiliar na tomada de decisão da gestão em saúde.

Diante deste vasto universo de pesquisas realizadas dentro da SESAU Recife, o intuito deste plano de intervenção é investir na reestruturação do Setor de Projetos de Pesquisa e Extensão, para que o mesmo se torne um importante

colaborador para o fortalecimento da política de saúde do município (através das pesquisas realizadas).

A implantação deste projeto de intervenção justifica-se diante da necessidade de reestruturar o Setor de Projeto de Pesquisa. Como já foi dito, o setor recebe uma média de 200 projetos por ano, porém, os resultados destas pesquisas não estavam sendo devidamente utilizados, tornando-se apenas parte de um arquivo morto.

Através das ações propostas e realizadas por este plano de intervenção, espera-se que o conhecimento produzido pelos pesquisadores, auxilie nas tomadas de decisões referentes à produção do cuidado e da gestão dos processos formativos, voltados para a educação permanente e a formação profissional, na área da saúde.

Com a reestruturação do Setor de Projeto de Pesquisa e Extensão, será possível avançar o debate sobre a pesquisa dentro do município, utilizando-se da colaboração dos resultados apresentados pelos pesquisadores para que seja possível um olhar mais amplo para as principais necessidades de saúde da população recifense.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Informação em Saúde

A informação em Saúde está ligada a pesquisa em saúde e vem cada vez mais se tornando um componente fundamental na criação de políticas públicas e trazendo grandes benefícios ao setor saúde. De acordo com o dicionário, o termo “informação” significa ato de informar; informe; comunicação; notícia (ROCHA, 2001). O termo também pode ser considerado como a comunicação ou recepção de um acontecimento ou juízo; o acontecimento obtido por meio de investigação ou instrução; e o conjunto de atividades que têm por objetivo a coleta, o tratamento e a difusão de notícias para o grande público (HOUAISS, 2008).

O aumento de registros informacionais trouxe a reflexão acerca da distinção entre dados e informações, como por exemplo, a importância de facilitar o acesso a informação. Ainda em relação à diferença entre informação e dados, pode-se dizer que a informação pode ser um simples dado para alguém. Já os dados são a matéria prima da informação. Dados brutos podem ser informação, mas não necessariamente. Para que os dados sejam informações, devem estar imbuídos de forma e de significados, por exemplo: um estudo acerca da gravidez na adolescência, as datas de nascimento e parto mostram a incidência crescente ou não da ocorrência, e levam a compreensão mais ampla da problemática. Existe também a diferença entre informação e conhecimento, sendo a primeira a matéria prima do segundo. A informação é capaz de construir o conhecimento ou não, da mesma forma que ocorre com os dados em relação à informação. A informação pode agir como formadora de novos conhecimentos, apenas uma ação que se caracterize como agente modificado pode confirmar a produção do conhecimento (TARGINO, 2009).

Desde a antiguidade, o ser humano apresentava a necessidade de informações acerca da sua saúde e das pessoas que o cercava. Diante disto, a Informação em Saúde pode ser vista como um composto de transmissão e recepção de acontecimentos relacionados ao cuidado em saúde.

A explosão informacional é iniciada durante o século XV, com a escrita e a imprensa, fazendo com que a informação dos conhecimentos comece a ser popularizada, mas é a partir do século XIX, período onde se torna mais intenso os

estudos epidemiológicos, que a necessidade da comunicação em saúde faz com que se alavanque as questões acerca da informação em saúde. O final do século XIX e início do século XX é considerado o ponto inicial da geração da Informação em Saúde (ROSEN, 1994).

Com o passar do tempo, muitos desdobramentos foram ocorrendo dentro da Informação em Saúde, trazendo o surgimento de subáreas diversificadas que abrangiam não só as questões populacionais, mas também incluía os gestores da área da saúde, tais como: Perfil da população (buscando os motivos de adoecimentos e mortes); serviços prestados; materiais e medicamentos consumidos; forças de trabalho envolvidas. O intuito destas pesquisas era conhecer as necessidades da população assistida a fim de planejar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005).

Durante o século XVII, na Alemanha, ocorreu o surgimento da “topografia política ou uma descrição das condições atuais do país”, proposta pelo matemático e filósofo Leibniz. Esta topografia deveria conter:

- a) O número de cidades e de aldeias;
- b) População total e a área do país em acres;
- c) Quantitativo de soldados, mercadores, artesão e diaristas;
- d) Informações sobre as relações entre os ofícios exercidos;
- e) Quantitativo de mortes e suas causas (ROSEN, 1980).

Foi a partir de ações como estas que surgiram os inquéritos de morbidade e as estatísticas dos serviços de saúde. O campo da vigilância epidemiológica teve importantes influências do médico sanitariano inglês William Farr, responsável por realizar atividades de coleta, análise e processamento de dados, divulgando seus resultados para as autoridades sanitárias.

Durante o século XIX, a cólera marcou profundamente a história da humanidade, infestando e infectando populações em vários continentes. No que diz respeito a este assunto, é possível verificar o uso da Informação em Saúde existentes nos estudos sobre a cólera realizados por um dos mais influentes sanitarianos e médico inglês John Snow. Através da aprovação de suas recomendações sanitárias preventivas, a cólera foi eliminada da totalidade das comunidades inglesas (SANTOS, 1994).

No século XX, o desenvolvimento das ciências da computação foi um grande aliado da saúde, tendo na informática um instrumento essencial e multiplicador das metodologias e estatísticas relacionados à informação em saúde. Através do avanço tecnológico, surgiram tais avanços para a saúde:

- a) Tornou os bancos de dados em saúde mais acessíveis;
- b) O surgimento da informática médica;
- c) A criação de prontuários eletrônicos;
- d) Incremento de investigações científicas;
- e) Industrialização crescente;
- f) Exploração espacial;
- g) Aumento do número de pesquisadores;
- h) Acentuação das especializações;
- i) Possibilidade de impressão rápida;
- j) Produtividade média por pesquisadores estimada pelas agências de fomento à pesquisa em quatro artigos por ano;
- k) O impulso de novas tecnologias.

Sobre o avanço tecnológico, Branco (2006, p. 197) diz:

[...] o desenvolvimento tecnológico trouxe novas e interessantes alternativas técnicas e tecnológicas, como a Internet, com grande potencial de utilização e contribuição para o aperfeiçoamento da gestão do sistema de saúde, inclusive no campo da informação.

No Brasil, a partir das duas últimas décadas do século XX, os sistemas informacionais conquistaram espaço, graças ao avanço das atividades setoriais, como a vigilância epidemiológica, por exemplo.

As Políticas de Saúde no Brasil surgiram no início do século XIX, quando o Estado passou a intervir no controle de doenças epidêmicas e no ambiente urbano. Durante o período da Primeira República (1889 a 1930) o Estado era o responsável por combater as epidemias através de campanhas sanitárias (BRANCO, 2006).

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde. Já em 1953, este Ministério foi dividido em dois: O Ministério da Educação e Cultura; e o Ministério da Saúde (MS). Com a criação de um Ministério exclusivo para a saúde, foram estruturadas atividades de estatísticas e informações específicas à saúde. Criou-se então o Serviço de Estatística da Saúde, cujo objetivo era realizar levantamentos

acerca de dados referentes as atividades médico-sanitárias, divulgando seus resultados em publicações próprias, ou através do IBGE (BRASIL, 1953).

A partir deste período, a Informação em Saúde passou a ser vista como sinônimo de estatística médico-sanitárias, tendo seus resultados ligado a solução de inúmeros problemas de cunho administrativo.

Durante a década de 70, os indicadores de saúde da população eram analisados através de métodos indiretos, feitos a partir de pesquisas amostrais, ou a partir de dados censitários, gerados por órgãos não especializados, como por exemplo, o IBGE. No final da década de 70 e início da década de 80, os sistemas de informação em saúde eram reflexo da atuação centralizadora do Estado, já que seu gerenciamento era situado na esfera federal (TARGINO, 2009).

Em 1970 foi criada a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde, cujos objetivos eram:

1. Estabelecer normas e padrões bioestatísticos;
2. Levantar, interpretar e divulgar estatísticas médico-sanitárias;
3. Efetuar e colaborar em estudos e pesquisas de interesse do Ministério da Saúde;
4. Efetuar estudos epidemiológicos de doenças endêmicas e de surtos epidêmicos, e de fatores que possam perturbar a saúde. (BRASIL, 1970).

Segundo Branco (2006), a política de informação em saúde existente no Brasil durante a década de 60 e 70 tinha um caráter prescritivo e normativo. Neste período a política de informação exercida pelo Ministério da Saúde restringia a participação de outros atores.

A expansão dos sistemas de controle de mortalidade, morbidade e nascidos vivos expandiram-se durante os anos 80 e 90, através dos registros de informações municipais. O problema destes registros, segundo Targino (2009), era que apresentavam muitas falhas em sua cobertura, principalmente nos estados do Nordeste e Norte, o que impossibilitava traçar mecanismos de gerenciamento reais em saúde para as questões mais básicas, como natalidade, migrações e mortalidade.

O cenário da saúde, durante a década de 90, foi bastante modificado devido a implantação do SUS, pois foi possível estabelecer uma relação de forças mais igualitárias no campo da saúde.

Segundo Almeida e Alencar (2000), durante a década de 90, o Ministério da

Saúde, junto com a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, implementou ações mais consolidadas dos sistemas nacionais de informação em saúde, através de diagnósticos dos sistemas com amplitude nacional.

Neste período, ampliou-se a participação dos demais atores no debate sobre a importância da informação para auxiliar no processo de reforma do setor saúde. Estados e Municípios assumiram a condição de entes gestores autônomos.

A partir da segunda metade dos anos 90, o Brasil passou a proporcionar um campo fértil para a informação em saúde, resultado do contexto político, institucional, social e tecnológico dos novos tempos. Em 1996, o MS e a Organização Pan-Americana de Saúde, instituíram a Rede Integrada de Informação para Saúde, que consolidou-se como fórum técnico para as diferentes agências produtoras de informações de saúde para os usuários (BRASIL, 2007).

No campo político, a consolidação da democracia e a criação de espaços para a participação e controle social (a exemplo dos conselhos de saúde), permitiram a participação dos demais atores, fazendo com que a discussão acerca da saúde se tornasse mais ampla.

Sobre o cenário da informação em saúde nos anos 90, Branco (2006, p. 197) expõe que:

Na esfera institucional, a “complexificação” de funções e atividades, nos três âmbitos de governo, tornou cada vez mais evidente a importância da informação como recurso estratégico tanto para a atuação técnica quanto para a atuação política e social. No campo econômico, a maior estabilidade política e econômica vivida pelo país favoreceu o planejamento e a execução de ações de maior alcance e mais longo prazo, processos para os quais a informação é fundamental. Simultaneamente, intensificou-se a cobrança por parte por parte da sociedade quanto à melhoria da qualidade dos serviços de saúde e à modernização do setor.

Neste período, surgiram importantes iniciativas que privilegiaram o enfoque de rede em substituição ao modelo sistêmico de gestão da informação. Os maiores exemplos destas iniciativas são:

- a) Rede Nacional de Informações de Saúde – RNIS: tem o objetivo de integrar e disseminar as informações de saúde no país. O RNIS contém informações de todos os municípios brasileiros, facilitando o acesso e o intercâmbio das informações em saúde;
- b) Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa: foi formalizada em 1996, por Portaria Ministerial e por acordo de cooperação com a Organização

Pan-Americana da Saúde. A Ripsa tem como objetivo disponibilizar dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde, visando aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas pertinentes.

- c) Cartão SUS - O Cartão Nacional de Saúde tem por objetivo organizar o sistema de saúde. O documento possibilita a identificação dos pacientes, torna mais rápida a marcação de procedimentos e melhora o acesso aos medicamentos fornecidos pela rede (BRASIL, 2013).

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), surgiu em 1991 com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), através do Decreto 100 de 16.04.1991, publicado no Diário Oficial da União (D.O.U.) de 17.04.1991 e retificado conforme publicado no D.O.U. de 19.04.1991 (BRASIL, 2015). Em termos gerais, o DATASUS assume o papel de coletar, processar, armazenar e divulgar as informações sobre a saúde. As informações contidas no DATASUS são divididas em sete blocos:

- 1) Indicadores de Saúde;
- 2) Assistência à Saúde;
- 3) Rede Assistencial;
- 4) Morbidade e informações hospitalares;
- 5) Estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos;
- 6) Recursos financeiros;
- 7) Informações demográficas e socioeconômicas.

A missão do DATASUS é prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática necessários ao processo de planejamento, operação e controle do SUS, através da manutenção de bases de dados nacionais, apoio e consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao funcionamento integrado dos mesmos (BRASIL, 2015).

Atualmente existem importantes bancos de dados especializados na saúde, são eles:

- a) Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM: foi criado em 1975 com o objetivo de regular os dados sobre mortalidade no Brasil, de forma confiável e abrangente. Através das informações obtidas pelo SIM, é possível analisar

- situações, planejar e avaliar as ações e programas na área. Sua operacionalização se dá através do preenchimento da Declaração de Óbito, sob o encargo das Secretarias Estaduais de Saúde;
- b) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC: tem por objetivo levantar informações sobre os nascimentos ocorridos em todo território nacional. Sua fonte de dados são as Declarações de Nascidos Vivos – DNV, padronizadas pelo Ministério da Saúde, com variáveis que levantam informações sobre a duração da gestação, peso do recém-nascido, idade da mãe, local da ocorrência e o tipo de parto, por exemplo;
 - c) Sistema de Informação de Agravos de Notificações – SINAN: é o responsável por coletar, transmitir e divulgar dados sobre surtos, epidemias e notificações de doenças. Nele estão incluídas informações importantes sobre a saúde de cada região do país. O SINAN permite a realização de diagnósticos dinâmicos da ocorrência de algum evento na população, podendo fornecer dados que auxiliem na descoberta das causas dos agravos de notificações compulsórias, além de informar os riscos aos quais a população está vulnerável, auxiliando na identificação da realidade epidemiológica de uma determinada área;
 - d) Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS: reúne informações que viabilizam o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS. Ele também reúne informações como: recursos destinados a cada hospital da rede SUS; as causas mais frequentes que levam a internações; quais os procedimentos mais realizados; total de leitos disponíveis para cada especialidade e tempo médio de internações hospitalares;

Em relação aos dados ambulatoriais, tem-se:

- a) Banco de Dados Nacional de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS);
- b) Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Especializada (SIGAE);
- c) Gerenciador de Informações Locais (GIL).

O SIASUS oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, instrumentos para a operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (BRASIL, 2008).

A disseminação de sistemas de informação em saúde no Brasil é resultado dos esforços dos profissionais envolvidos com a saúde pública e epidemiológica, já

que estes estudam a relação dos determinantes e distribuições das doenças nos conjuntos populacionais. A epidemiologia favorece o reconhecimento dos problemas de saúde das regiões, buscando soluções. Todos os dados que compõem um quadro epidemiológico correspondem a coeficientes e índices (MASCARENHAS, 2004).

Para o Setor Saúde, a informação é considerada um redutor de problemas, detectando os pontos que necessitam de maior prioridade. Para tanto, é necessário um planejamento responsável somado a ações que levem a realização de transformações necessárias, de acordo com a realidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação que será utilizada no planejamento de ações para a saúde. No modelo de assistência à saúde que está instaurado no Brasil, a existência de um sistema onde os dados possam ser analisados no próprio município e que possibilite o planejamento de ações que tragam a melhoria social é algo imprescindível (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Infelizmente, apesar da relevância dos dados gerados pelos sistemas de informação em Saúde, nota-se que são pouco utilizados no processo de controle político. Alguns fatores justificam a não utilização plena:

- 1) Pouco conhecimento dos bancos de dados nacionais, estaduais e municipais existentes;
- 2) Complexidade dos dados existentes e da estrutura dos bancos;
- 3) Poucos recursos humanos qualificados para atuarem no SIS;
- 4) Falta de padronização nos procedimentos de obtenção, análise e divulgação das informações;
- 5) A qualidade obtida na coleta dos dados varia de acordo com cada área geográfica;
- 6) Dificuldade no acesso a informação.

Porém, como já foi dito, o Brasil vem avançando no que diz respeito ao acesso as informações e as possibilidades de análise dos principais sistemas de informação em saúde existentes, graças a participação direta dos Estados e Municípios, fazendo com que a análise dos dados seja realizada em tempo oportuno, permitindo uma análise mais sucinta de todo território nacional.

2.2 Pesquisa em Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1946), a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”. O que reforça a ideia de que saúde é um conjunto de fatores internos e externos que interagem entre si. A questão da saúde e da boa qualidade de vida vem sendo cada vez mais determinantes capazes de modificar, inclusive, quadros políticos.

A saúde e o desenvolvimento estão interligados, sendo praticamente impossível desassociá-los. Um indivíduo saudável apresenta melhor rendimento profissional, educacional e social. Os investimentos em saúde são os que mais trazem retorno ao governo, sendo um componente essencial no combate à pobreza e na redução das desigualdades sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

O fato é que os determinantes da saúde não estão inseridos apenas no setor saúde, e sim em um amplo conjunto de fatores que ultrapassam os limites da criação de conhecimentos e tecnologias que visem o trato exclusivo da doença. Logo, a responsabilidade com a saúde não se encontra única e exclusivamente nas mãos de quem atua no setor saúde, sendo dividida esta responsabilidade entre todas as políticas de governo.

A pesquisa é para a saúde uma forma de impulsão, que permite a formação de novos conhecimentos e o aperfeiçoamento do que já existe. Países que possuem a cultura de investir em saúde, ciência e tecnologia são os que mais avançam no campo da saúde e, conseqüentemente, geram desenvolvimento econômico.

Esta área do conhecimento está sempre se renovando, sendo atemporal e renova-se a cada nova descoberta, ou seja, um novo dado é capaz de modificar (e até mesmo fazer cair por terra), informações e conhecimentos já existentes.

Durante a década de 90, o papel da pesquisa em saúde intensificou-se, ganhando notoriedade dentro dos debates internacionais sobre saúde. O Council on Health Research for Development (COHRED) e o Global Forum for Health Research, foram as principais organizações internacionais que, nesta época, buscaram fortalecer a pesquisa em saúde dentro das agendas nacionais, regionais e global, com o intuito de promover o desenvolvimento e reduzir as iniquidades na saúde (BRASIL, 2007).

O Brasil é um ator que vem buscando seu espaço dentro desta temática. Com

o objetivo de propor soluções para questões ligadas a problemas de saúde, não só da população como também do próprio SUS, o Ministério da Saúde promoveu a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), ambas aprovados na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, no ano de 2004.

A PNCTIS visa o fortalecimento a produção e a difusão de conhecimentos da área para que haja uma maior articulação entre as ações de fomento científico-tecnológico e a política de saúde. Segundo o Ministério da Saúde, as principais estratégias da PNCTIS são:

- a) sustentação e fortalecimento do esforço nacional em ciência, tecnologia e inovação em saúde;
- b) criação do sistema nacional de inovação em saúde;
- c) construção da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde;
- d) criação de mecanismos para superação das desigualdades regionais;
- e) aprimoramento da capacidade regulatória do Estado e criação de rede nacional de avaliação tecnológica;
- f) difusão dos avanços científicos e tecnológicos;
- g) formação, capacitação e absorção de recursos humanos no sistema nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde, incentivando a produção científica e tecnológica em todas as regiões do País, considerando as características e as questões culturais regionais;
- h) participação e fortalecimento do controle social (BRASIL, 2008).

Já a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde tem como pressuposto “respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos...”, sendo constituída como o primeiro exercício de definição de prioridades de pesquisa em saúde realizada no Brasil (AKERMAN; FISCHER, 2014).

A ANPPS é composta por 24 subagendas de pesquisa em saúde. São elas: a saúde dos povos indígenas, a saúde mental; a violência, acidentes e traumas; saúde da população negra; doenças não transmissíveis; saúde do idoso; saúde da criança e do adolescente; saúde da mulher; saúde dos portadores de necessidades especiais; alimentação e nutrição; bioética e ética na pesquisa; pesquisa clínica; complexo produtivo da saúde; avaliação de tecnologias e economia da saúde;

epidemiologia; demografia e saúde; saúde bucal; promoção da saúde; doenças transmissíveis; comunicação e informação em saúde; gestão do trabalho e educação em saúde; sistemas e políticas de saúde; saúde, ambiente, trabalho e biossegurança e assistência farmacêutica (BRASIL, 2008).

De fato, muitas doenças e mortes poderiam ser evitadas se os conhecimentos em saúde fossem desenvolvidos e devidamente aplicados. A melhoria da saúde de uma população deve ter como base a implantação de conhecimentos já disponíveis, porém, deve-se investir em pesquisas que busquem eliminar o espaço existente entre o saber e o fazer, ou seja, não só conhecer determinada doença e determinar um tratamento médico, mas sim atuar levando em consideração os fatores externos ao corpo humano.

As pesquisas em saúde devem ser quantitativas e qualitativas, para que seja possível conhecer o indivíduo e o meio onde ele vive. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), uma pesquisa deve considerar vários fatores. Dentre eles destacamos: a investigação da natureza e a extensão dos problemas de saúde subjacentes e suas causas etiológicas; a relevância e a capacidade de transferência do conhecimento e das ferramentas desenvolvidas em qualquer lugar; a realização de experimentos com adaptações às condições e contextos locais; a importância de monitorar e avaliar a efetividade das intervenções e o seu grau de sucesso; além de medir a eficiência e o custo-efetividade de todos os elementos no processo, etc.

Os Sistemas de Pesquisa em saúde buscam desenvolver um método para que se torne possível o entendimento universal dos resultados e esforços das pesquisas. Eles influenciam no modo como a pesquisa é feita e no impacto que seus resultados trarão para a saúde.

Infelizmente, os Sistemas de Pesquisa em Saúde ainda estão em processo de definição. É válido considerar que, para seu funcionamento, é preciso contar com diversos atores que estão além da saúde. A visão tradicional dos pesquisadores não enxerga a mídia (que repassa os resultados e descobertas das pesquisas); a comunidade; setores de desenvolvimento e negócios e os responsáveis pelas políticas (cuja responsabilidade é garantir a implantação dos serviços de saúde) como componentes do sistema de saúde, para esta ala conservadora, estes atores são usualmente considerados ou são considerados apenas um estágio tardio da pesquisa (BRASIL, 2007).

É preciso avançar com mais rapidez na definição desses sistemas, uma vez

que a importância da utilização das informações para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde é indiscutível.

Irwin e Michael (2003) levantam a bandeira de que a relação entre ciência e política pode ser vista através de duas perspectivas: uma tecnocrática e outra democrática. Na primeira, o conhecimento e as decisões devem ser tomadas com base exclusivamente na ciência que, por sua vez, deve ser disponibilizada para que seja possível a tomada de decisões racionais. Já na segunda, é defendido que os conhecimentos científicos determinam as técnicas e os dois possuem ação direta na vida das pessoas. Assim, a população tem o direito de opinar no processo de decisão política (GURGEL, 2007, p. 65).

Segundo Hanney et al. (2003), o Setor Saúde é o que mais avançou na utilização de pesquisas, em especial no nível assistencial, mas ainda existe resistência na utilização de dados provenientes de pesquisas das ciências sociais. Ainda de acordo com o autor, a utilização de pesquisas em saúde na construção de políticas para o setor pode ser verificada em três fases: na definição da agenda, na formulação da política e durante sua implementação.

As pesquisas em saúde costumam apresentar dados satisfatórios: o desenvolvimento de vacinas; criação e melhoria de medicamentos; diagnósticos mais precisos e eficazes com tratamentos cada vez menos invasivos; e no melhoramento social. Pesquisas em saúde que envolvem outros setores apresentam resultados, por exemplo, na redução de acidentes no trânsito, no aumento da expectativa de vida e na diminuição de mortalidade infantil. Pesquisas em saúde realizadas em países em desenvolvimento acarretaram na identificação de doenças, no desenvolvimento dos tratamentos e na melhoria das políticas de saúde. A tabela a baixo contém exemplos de países em desenvolvimento que, graças às pesquisas em saúde, trouxeram benefícios a nível global:

Quadro 1 – Países em desenvolvimento e suas contribuições para a saúde

Países	Contribuições
Brasil	Descoberta da Doença de Chagas: Em 1909, Carlos Chagas descobriu a tripanossomíase americana (Doença de Chagas).
Índia	Desenvolvimento da Terapia de Reidratação Oral – TRO: Em 1953, H. N. Chatterjee publicou o primeiro estudo sobre TRO em humanos.
Chile	Desenvolvimento do Dispositivo Intra-Uterino de cobre – DIU: Em 1969, Jaime Zipper Abragan e Howard Tatum desenvolveram o primeiro DIU de cobre.
China	Desenvolvimento da artemisina para o tratamento da malária, em 1972.
Cuba	Desenvolvimento da primeira vacina contra a meningite: Em 1991, V. G. Sierra e H. C. Campa publicaram o primeiro teste controlado randomicamente de sua vacina contra a meningite B.
Tailândia	Construção da evidência para informar suas reformas nacionais na saúde: A pesquisa em saúde e o bom gerenciamento da pesquisa tiveram um papel central na reforma do sistema de saúde tailandês. A pesquisa é um dos oito pilares do novo sistema e é considerada central para os esforços de implementar, monitorar e avaliar reformas posteriores.
Sudão	Alteração do seu protocolo de tratamento da malária: Usando a pesquisa nacional sobre a resistência à cloroquina, os gestores sudaneses alteraram seu programa nacional em 2004, passando a considerar como tratamentos de primeira e segunda linha a terapia de combinação baseada na artemisina.

Fonte: Brasil (2007).

As informações apresentadas na tabela acima reforçam a tese do quanto às pesquisas na área de saúde contribuem no desenvolvimento em nível mundial. Cuba e Índia são países que já veem investindo substancialmente na pesquisa em saúde há muitos anos. Já o Brasil, Chile, China e Tailândia veem seguindo os passos do Chile, estando cada vez mais empenhados em promover pesquisas em saúde.

Segundo Gurgel (2007, p. 65):

No mundo atual cada vez mais o conhecimento técnico-científico tem sido considerado um recurso importante para toda a atividade humana, e em se tratando da política, ela assume papel fundamental para a o melhor funcionamento do Estado de modo racional, condição essencial para uma ordem democrática.

No que se refere a “finalidade das pesquisas”, Gil (1999, p. 42) a divide em pura e aplicada, sendo a primeira a que “[...] busca o progresso da ciência, procura desenvolver os conhecimentos científicos sem a preocupação direta com suas aplicações e conseqüências práticas”; e a segunda “tem como característica

fundamental o interesse na aplicação, utilização e consequências práticas dos conhecimentos”.

De acordo com Backer (1991), a utilização do conhecimento abrange a realização de estudos e pesquisas acadêmicas, onde são realizadas intervenções com o intuito de que sua utilização auxilie na solução de problemas. Para o autor, a pesquisa em saúde permite:

- a) Disseminação da Informação e Utilização para que se possa disponibilizar a informação para a sociedade;
- b) Uso da pesquisa com fins de inovações científicas;
- c) Difusão da inovação, com o objetivo de atingir a mudança de comportamento individual;
- d) Sociologia do conhecimento, referindo-se ao estudo acerca das trocas de conhecimentos entre os grupos sociais;
- e) Mudanças organizacionais (devido ao processo de aprendizagem adquirido);
- f) Formulação e implantação de políticas;
- g) Comunicação de massa e interpessoal, onde a informação é divulgada para que possa atingir o indivíduo e a sociedade.

Apesar de todas as possibilidades, o campo da pesquisa científica encontra barreiras que dificultam sua plena utilização na formulação de políticas. De acordo com Nutley, Walter e Davies (2003), esta barreira se dá pelo fato de que pesquisadores e técnicos “pertencem a duas comunidades distintas”, atuando em diferentes áreas, falando linguagens diferentes, além das divergências de interesses.

Por outro lado, a própria produção de pesquisa apresenta dificuldades que acabam prejudicando-a. Segundo Weiss e Bucuvalas (1980), os entraves encontrados por pesquisadores e instituições de pesquisa são:

- a) A falta de interesse dos pesquisadores por questões que são relevantes para os criadores de políticas e gerentes de programas. Geralmente as pesquisas são feitas com base em assuntos relevantes as suas disciplinas e instituições;
- b) A diferença entre a formulação dos problemas para pesquisa e para questões políticas (na pesquisa, os problemas são ajustados de acordo com as necessidades do pesquisador e não dos formuladores);

- c) Muitas vezes, os problemas políticos requerem ações imediatas e toda pesquisa requer tempo para ser realizada, o que faz com que haja um desencontro entre a necessidade e os resultados da pesquisa;
- d) Os conceitos utilizados pelos pesquisadores, na maioria das vezes, não são de conhecimento dos formuladores de políticas;
- e) Em alguns casos, as pesquisas podem apresentar dados inconclusivos ou pouco claros, o que não se traduz em uma informação concreta, dificultando a ação das políticas;
- f) Diferentes pesquisas sobre o mesmo assunto podem apresentar resultados diferentes.

Apesar destes entraves, o fato é que o investimento em saúde contribui para o preenchimento de lacunas, fazendo com que exista uma interação entre o mundo acadêmico e as questões de saúde da população. Através do conhecimento adquirido, é possível criar e aprimorar procedimentos, técnicas, ferramentas, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas e no aprimoramento do SUS.

São entraves que trazem dificuldades para a utilização das informações de forma mais eficiente pelos tomadores de decisão, que além de precisarem de ações imediatas, não havendo tempo para aguardar o resultado das pesquisas, fazendo com que os resultados de um estudo não sejam mais de interesse para os problemas que já foram resolvidos (GURGEL, 2007).

Destarte, apesar destes entraves, o fato é que o investimento em pesquisas na área da saúde contribui para o preenchimento de lacunas, fazendo com que exista uma interação entre o mundo acadêmico e as questões de saúde da população. Através do conhecimento adquirido, é possível criar e aprimorar procedimentos, técnicas, ferramentas, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas e no aprimoramento do SUS.

2.3 A importância da Pesquisa em Saúde para o SUS

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde define a Pesquisa em Saúde como um conjunto de conhecimentos, tecnologias e inovações que buscam fornecer meios de melhorar a saúde da população. Para tanto, a pesquisa em saúde deve ultrapassar a perspectiva disciplinar e abranger setores em

suas totalidades, tais como: pesquisas clínicas, biomédicas, saúde pública, áreas de ciências humanas, sociais, exatas e da terra, enfim, a pesquisa em saúde deve considerar como objeto de estudo tudo o que seja componente atuante da vida humana (VASCONCELLOS, 2007).

No âmbito do SUS, a pesquisa em saúde é de responsabilidade da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Suas ações são realizadas pelos Departamentos de Ciência e Tecnologia e do Complexo Industrial e Inovação em Saúde.

Para a implantação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa, o Ministério da Saúde precisou firmar convênios técnico-operacionais junto às agências de fomento ligadas ao Ministério de Ciência e Tecnologia; as fundações de amparo às pesquisas estaduais e com as secretarias estaduais de saúde. Estes convênios permitem que seja repassado anualmente o orçamento para financiar estudos e projetos, e para a contratação das equipes que irão realizar as pesquisas.

No ano de 2001, foi criado o Fundo Setorial de Saúde (CT-Saúde), através da Lei nº 10.332 de 19 de dezembro do mesmo ano, tido como um novo instrumento para auxiliar a elaboração de pesquisas na área da saúde. O Fundo é responsável por subsidiar o Programa de Fomento à Pesquisa em Saúde e suas prioridades são:

- 1) Capacitação tecnológica e inovação tecnológica nas áreas de interesse do SUS;
- 2) Difusão e incorporação de novas tecnologias visando ampliação do acesso aos bens e serviços em saúde, tendo como base a equidade, integralidade e a elevação dos atuais patamares de qualidade.

Segundo Roitman (2008), a implantação do CT-Saúde para o SUS contribui, dentre outras coisas, para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população brasileira, estimulou a atualização tecnológica da indústria brasileira de bens e serviços de saúde, além de estimular a formação e capacitação de Recursos Humanos para a Pesquisa em Saúde, ampliando e difundindo o conhecimento científico e tecnológico para a produção e qualificação das políticas para o SUS.

Já em fevereiro de 2002, foi lançado o Decreto nº 4.143, que regulamentou a Lei nº 10.332, em relação ao que se referia ao mecanismo de financiamento para o Programa de Fomento à Pesquisa em Saúde, estabelecendo que os recursos para

pesquisas e desenvolvimentos sejam incorporados ao Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT). (BRASIL, 2002)

Em 2004, o Ministério da Saúde criou o Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde (PPSUS), cujo objetivo é o desenvolvimento de atividades de fomento descentralizado à pesquisa nos 27 estados da federação, além de contribuir para o incremento científico e tecnológico da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). O PPSUS contribuiu para que os principais problemas de saúde da população figurem entre as linhas prioritárias de investigação nas pesquisas realizadas, tendo o sócio-sanitária como o critério norteador para a escolha dos objetivos de estudo (BRASIL, 2011).

Segundo Gurgel (2007):

A utilização de pesquisas científicas no interior do processo político é um tema ainda pouco estudado, com literatura científica ainda bastante limitada. Isso ocorre principalmente porque as pesquisas abordando esse campo temático são, em sua maioria, desenvolvidos em países economicamente mais avançados e, nos países em desenvolvimento, estudos sistemáticos relacionando o uso do conhecimento e pesquisas científicas no processo de tomada de decisão política não têm tido grande ênfase e ainda precisam ser mais bem explorados [...].

Para que uma pesquisa seja utilizada é necessário que a mesma esteja relacionada a uma questão relevante a ser decidida e é preciso que: seus resultados estejam disponíveis antes das tomadas de decisões. Devem também possuir características diretamente ligadas à ação; possuir resultados bem definidos; os formuladores conheçam seus resultados e compreendam os conceitos apresentados; a pesquisa não deve ir de encontro aos interesses da gestão; e sua implementação deve estar dentro dos limites disponíveis (GURGEL, 2007).

Ainda segundo a utilização das pesquisas, Weiss e Bucuvalas (1980) ressaltam que podem ser utilizadas as que reforcem as ideias dos formuladores, as que reduzem as incertezas, convencem ou neutralizam as críticas. As pesquisas permitem que os pesquisadores façam parte do processo de tomada de decisões.

Os resultados apresentados pelas pesquisas tem o poder de influenciar nas decisões das questões em discussão e auxiliar nas opções políticas que serão utilizadas. Também possuem o poder de orientar os formuladores das políticas a definirem os problemas e suas possíveis soluções (WEISS; BUCUVALAS, 1980).

É importante lembrar que várias das ações e políticas que são desenvolvidas atualmente pelo SUS foram de resultados de estudos e pesquisas realizados, onde

se mostrou a necessidade de melhorar um serviço existente ou de criar novas estratégias.

O Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, por exemplo, foi criado a partir de uma situação social real.

Segundo a OMS, o tabagismo é a maior causa de mortes evitáveis, afetando tanto os que fumam quanto os que convivem com os fumantes, onde as crianças são as maiores vítimas. A pesquisa feita pela OMS também constatou que fumar durante a gravidez pode trazer vários riscos ao feto e a mulher. Além disso, indicou que as crianças fumantes passivas apresentam uma grande chance de contrair problemas respiratórios (bronquite, pneumonia, bronquiolite) em relação àquelas cujos familiares não fumam (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Diante dessas informações surgiu a necessidade de criar uma ação voltada para o tabagismo e, desde o final da década de 1980, sob a ótica da promoção da saúde, a gestão e governança do controle do tabagismo no Brasil vêm sendo articulada pelo Ministério da Saúde através do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Ações como estas exemplificam a importância das pesquisas nas tomadas de decisões dos gestores do SUS e nas estratégias a serem adotadas. As pesquisas fazem com que as particularidades de cada grupo sejam levadas em consideração, não é à toa que nos últimos anos, foram criadas políticas nacionais de atenção integral aos vários grupos. São exemplos: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Política de Saúde LGBT; Política de Atenção à Saúde do Homem e Política de Atenção à Saúde da Mulher.

As pesquisas em saúde permitiram um olhar do SUS mais cuidadoso para a população, fez com que a definição de doença se tornasse algo mais amplo, que abrange fatores não só internos, mas também externos ao indivíduo.

2.3.1 A Pesquisa na Secretaria de Saúde do Recife

Capital do Estado de Pernambuco, o município do Recife possui uma população estimada em 1.617.183 habitantes, segundo dados do IBGE (2015).

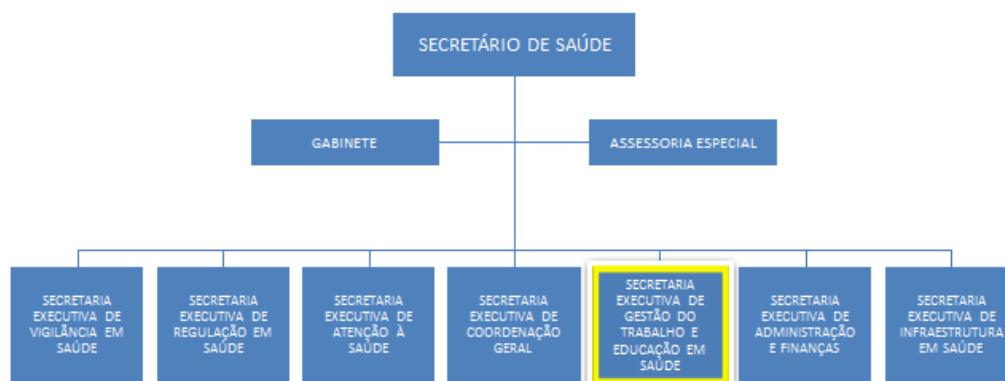
Com uma área territorial de 218,435 km², a cidade é a quarta capital brasileira na hierarquia da gestão federal, ficando atrás de Brasília, Rio de Janeiro e São Paulo (IBGE, 2014), e possui a quarta concentração urbana mais populosa do Brasil, após São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte (SÃO PAULO, 2015).

O município é a capital nordestina que apresenta o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo dados da ONU de 2010, figurando como a capital mais alfabetizada, com a menor incidência de pobreza e a com a maior renda média domiciliar mensal do Nordeste do país (PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS, 2010). Recife é a região metropolitana mais rica do Norte-Nordeste e a oitava mais rica do Brasil, sendo detentora do décimo quinto maior Produto Interno Bruto (PIB) do país e o maior PIB *per capita* entre as capitais nordestinas (IBGE, 2012).

Em relação à mortalidade infantil, Recife apresentou um decréscimo de 15,4% no período de 2006 a 2013. Já em relação à mortalidade materna, a taxa foi de 62,4 para 100 mil nascidos vivos em 2013, segundo dados da Secretaria de Saúde do Recife. De uma forma geral, as maiores causas de mortalidades no município são: doenças do aparelho circulatório; neoplasias (mama e próstata) e causas externas (homicídios, acidentes automobilísticos e suicídios) (RECIFE, 2014).

A Secretaria de Saúde do Recife é responsável pela elaboração e implantação de políticas, programas e projetos que tem por objetivo a promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Gestora do Sistema Único de Saúde na capital, a SESAU tem sob sua responsabilidade a articulação e o planejamento de ações desenvolvidas na rede de policlínicas, maternidades, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) e centros médicos espalhados em oito Distritos Sanitários (DS). Sua estrutura organizacional é composta pelas Secretarias Executivas de Coordenação Geral, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Atenção à Saúde, Vigilância à Saúde e Administração e Finanças, que têm o objetivo de formatar e executar as atividades preconizadas pelo SUS. Segue o organograma da SESAU Recife.

Figura 1 – Organograma da SESAU Recife



Fonte: Recife (2015).

A Rede de Atenção à Saúde do Recife é composta por serviços de Atenção Básica, Atenção Especializada, além dos serviços conveniados complementares, sendo os serviços próprios (RECIFE, 2015):

- a) 122 Unidades de Saúde da Família;
- b) 03 Upinhas 24h;
- c) 22 Unidades Básicas Tradicionais;
- d) 41 Polos de Academia da Cidade.
- a) 17 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 04 Albergues e 24 Residências Terapêuticas;
- b) 06 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs);
- c) 12 Policlínicas;
- d) 04 Serviços de Pronto Atendimento;
- e) 03 Maternidades;
- f) 01 Unidade Pediátrica;
- g) 01 SAMU;
- h) 01 Laboratório Central.

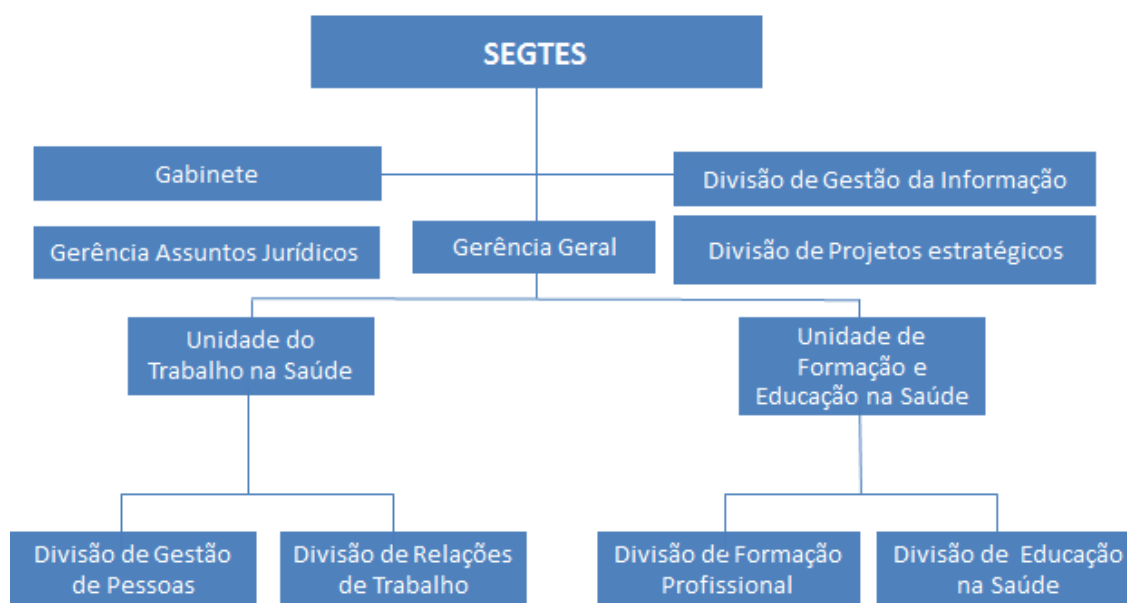
A Secretaria de Saúde do Recife possui 07 Secretarias Executivas, como já foi mostrado. Uma delas é a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

A SEGTES desenvolve ações para o fomento de políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS, desenvolvendo políticas e programas que tem por

objetivo assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, colocando a gestão do trabalho e da educação como responsáveis pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde.

Dentro da SEGTES Recife existem duas grandes unidades: Unidade do Trabalho na Saúde e a Unidade de Formação e Educação na Saúde, conforme mostra o organograma abaixo:

Figura 2 – Organograma da SEGTES



Fonte: Recife (2015).

A Unidade de Formação na Saúde será um dos objetos de estudo deste plano de intervenção. Como pode ser observado no gráfico, a UFES possui duas divisões: Divisão de Formação Profissional e a Divisão de Educação na Saúde.

A DES, por sua vez, comporta dois setores: o de Educação Permanente e o de Projeto de Pesquisa e Extensão.

As ações desenvolvidas pelo SPPE é que serão objetos do nosso projeto de extensão.

Esse setor é o responsável por receber e encaminhar estudantes e pesquisadores que desejem utilizar os serviços e unidades de saúde do Recife como objeto de estudo, seja para: Conclusão de TCC, Projetos de Extensão, Projeto PET, Pesquisas Acadêmicas e o apoio a realizações de pesquisas em nível nacional.

Para que estes pesquisadores possam realizar suas coletas de dados nos serviços de saúde do Recife, é necessário que sigam o Fluxo para Projeto de Pesquisa, que se divide nas seguintes etapas:

- 1) O pesquisador deverá comparecer a SEGTES munido do Formulário de Análise de Pesquisa e Termo de Compromisso devidamente preenchido;
- 2) Enviar para o e-mail da DES uma cópia do projeto de pesquisa e uma via do Formulário de Análise de Pesquisa e Termo de Compromisso.

O processo acima citado refere-se à primeira etapa, que é a solicitação da Carta de Anuência para submissão dos projetos aos comitês de ética. A Secretaria de Saúde não possui comitê de ética, cada pesquisador, junto com seu orientador fica responsável para as submissões.

Após o pesquisador realizar a primeira etapa, cabe ao SPPE:

- 1) Enviar os projetos e formulários via e-mail, para o serviço de saúde que servirá de campo para coleta de dados para que o mesmo emita um parecer informando se está de acordo ou não com a realização da pesquisa;
- 2) Após receber o parecer favorável do serviço de saúde, cabe ao SPPE emitir a Carta de Anuência e solicitar que o pesquisador compareça a SEGTES para busca-la.

Nesta etapa de análise, os serviços de saúde possuem um prazo de até 15 dias para emissão de parecer e, após o de acordo, o SPPE tem até 05 dias para emitir a Carta de Anuência. No total, o pesquisador tem um prazo de espera de até 20 dias.

Após estarem munidos da Carta de Anuência, os pesquisadores deverão dar entrada em seus respectivos comitês de ética e aguardar que os mesmos emitam a aprovação das pesquisas.

Tendo a aprovação do Comitê de Ética, o pesquisador deverá encaminhar o parecer consubstanciado para o SPPE para que este possa emitir a CI de Autorização para Coleta de Dados, documento que permite que o pesquisador articule com o serviço de saúde a realização de sua pesquisa. Para finalizar o fluxo, o pesquisador deverá entregar uma cópia do trabalho concluído ao SPPE.

O Setor de Projeto de Pesquisa e Extensão encaminha pesquisas a serem realizadas em todos os serviços de saúde do município: policlínicas, CAPS, USF, Coordenação de Saúde Bucal, Vigilância Epidemiológica, enfim, para todo e qualquer órgão pertencente à SESAU.

Com a reestruturação proposta por este plano de intervenção, os resultados destas pesquisas passarão a ser mais um auxiliar na tomada de decisões e na forma de se avaliar e qualificar as ofertas de cuidados de saúde oferecidos à população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Reestruturar o Setor de Projetos de Pesquisa e Extensão da Secretaria de Saúde do Recife.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Requalificar/ Reorganizar Banco de Dados – através da padronização das informações inseridas;
- b) Traçar perfil dos pesquisadores e projetos de pesquisa submetidos à SESAU Recife de 2013-2014;
- c) Revisitar as áreas temáticas de pesquisa para atender às linhas de pesquisa das principais Instituições de Pesquisa do Estado de PE;
- d) Revisão dos Fluxos de Pesquisa e Documentos complementares (Formulário, Termos, Carta de Anuência, CI de Coleta);
- e) Atualizar o espaço de divulgação dos fluxos de pesquisa e documentos;
- f) Instituir espaços coletivos de compartilhamento dos resultados das pesquisas realizadas no município.

4 EIXOS DE INTERVENÇÃO E DIRETRIZES

Os eixos de intervenção e diretrizes, seguirão o fluxo proposto pelo Setor de Projeto de Pesquisa e Extensão da SEGTES Recife.

- a) Eixo 1 – Informação em Saúde: Produzir informativo/boletim divulgando as principais informações sobre as pesquisas que vêm sendo realizadas no município;
- b) Eixo 2 – Pesquisa em Saúde: Identificar conjuntamente as áreas estratégicas da SESAU quais as principais temáticas de interesse de pesquisa; Importância da pesquisa para o SUS;
- c) Eixo 3 – Agenda Integrada de Divulgação dos Resultados dos Estudos e Pesquisas: Promover espaços de compartilhamento dos resultados das pesquisas submetidas à SESAU Recife;
- d) Eixo 4 – Educação Permanente em Saúde: Fortalecer a integração entre os resultados apresentados anualmente nas pesquisas com o Plano Anual de Educação Permanente e a Programação Anual de Saúde.

5 METAS, ESTRATÉGIAS E CRONOGRAMAS

Para aplicação deste Plano de Intervenção, deverá serem seguidas as metas estabelecidas abaixo. Cada meta apresenta estratégias que deverão ser desenvolvidas dentro de um prazo determinado, a fim do cumprimento das mesmas.

Quadro 2 – Metas, estratégias e cronogramas a serem seguidos para aplicação do Plano de Intervenção na SESAU

(Continua)

Meta 01:	
Reorganizar 100% do Banco de Dados referente aos Projetos de Pesquisa 2015	
Estratégias	Cronograma
Avaliar o banco de dados existente	Setembro 2015
Padronizar o Banco de Dados para controle dos Projetos de Pesquisa	Outubro 2015
Utilizar o Banco de Dados reorganizado para controle dos Projetos de Pesquisa	Outubro 2015
Meta 02:	
Traçar 100% perfil dos pesquisadores e projetos de pesquisa submetidos à SESAU Recife de 2013-2015	
Estratégias	Cronograma
Resgatar o Banco de Dados de controle de Projetos de Pesquisa do ano de 2013	Setembro 2015
Resgatar o Banco de Dados de controle de Projetos de Pesquisa do ano de 2014	Setembro 2015
Realizar o Panorama de Projetos de Pesquisa SESAU Recife, 2013 a 2015	Outubro 2015
Criar a primeira Nota Técnica sobre “Pesquisa em Saúde, SESAU Recife, 2013-2015”	Outubro 2015
Meta 03:	
Revisitar 100% das áreas temáticas de pesquisa para atender às linhas de pesquisa das principais Instituições de Pesquisa do Estado de PE	
Estratégias	Cronograma
Analisar as principais linhas de pesquisas que foram desenvolvidas de 2013 a 2015	Fevereiro 2016
Realizar oficinas com as Políticas Estratégicas da SESAU Recife para definição das áreas prioritárias de pesquisa	Março 2016
Construção de documento para divulgação das áreas temáticas	Abril 2016
Meta 04:	
Revisar 100% dos Fluxos de Pesquisa e Documentos complementares (Formulário, Termos, Carta de Anuência, CI de Coleta)	
Estratégias	Cronograma
Incluir a pauta “Projetos de Pesquisa” nas reuniões do Núcleo Gestor da SEGTES	Setembro 2015
Solicitar que as Divisões Distritais de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DDGTEs Distritais, Coordenações das Policlínicas e Políticas Estratégicas de Saúde informem suas dúvidas e sugestões sobre o Fluxo de Projeto de Pesquisa.	Novembro 2015
Aprimorar o Formulário de Análise de Pesquisa e Termo de Compromisso	Novembro 2015
Elaborar um Termo onde o pesquisador se comprometa a entregar a pesquisa concluída à SEGTES	Janeiro 2016
Criar um sistema para acompanhar a conclusão das pesquisas e a entrega dos trabalhos concluídos por parte dos pesquisadores à SEGTES	Março 2016

Quadro 2 – Metas, estratégias e cronogramas a serem seguidos para aplicação do Plano de Intervenção na SESAU

(Conclusão)

Meta 05:	
Atualizar 100% do espaço de divulgação dos fluxos de pesquisa e documentos	
Estratégias	Cronograma
Reorganizar o espaço para Projetos de Pesquisa disponível no portal do SUS Recife	Março 2016
Disponibilizar o Formulário de Análise de Pesquisa e Termo de Compromisso aprimorado	Março 2016
Meta 06:	
Instituir espaços coletivos de compartilhamento dos resultados das pesquisas realizadas no município	
Estratégias	Cronograma
Disponibilizar os trabalhos concluídos no portal do SUS Recife (mediante autorização dos pesquisadores)	Julho 2016
Realização de um evento anual que promova a integração entre a SESAU Recife e as instituições de pesquisa do Estado	Agosto 2016

Fonte: Autora (2015).

6 RECURSOS HUMANOS

Conforme é descrito abaixo, todos os recursos humanos utilizados para aplicação do Plano de Intervenção serão da SESAU.

- a) 02 técnicos de nível superior da UFES;
- b) 01 apoio administrativo da DES;
- c) DDGTES Distritais;
- d) Coordenação das Policlínicas;
- e) Coordenação das Políticas Estratégicas;
- f) Chefe de Divisão e Educação na Saúde.

7 ORÇAMENTO

Abaixo, segue o detalhamento de todos os custos utilizados na aplicação do Plano de Intervenção:

Quadro 3 – Orçamento para aplicação do Plano de Intervenção

Material	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Papel ofício A4	02 resmas	R\$ 15,90	R\$ 31,80
Xerox	500 unidades	R\$ 0,10	R\$ 50,00
Tinta para impressora	01 unidade	R\$ 77,05	R\$ 77,05
Computador	01 unidade	Já existente	-----
Impressora	01 unidade	Já existente	-----
Datashow	01 unidade	Já existente	-----
Telefone	01 unidade	Já existente	-----
Total			R\$ 158,85

Fonte: Autora (2015).

8 FONTE DE FINANCIAMENTO

A fonte de financiamento do presente plano de intervenção será a Secretaria Municipal de Saúde do Recife.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

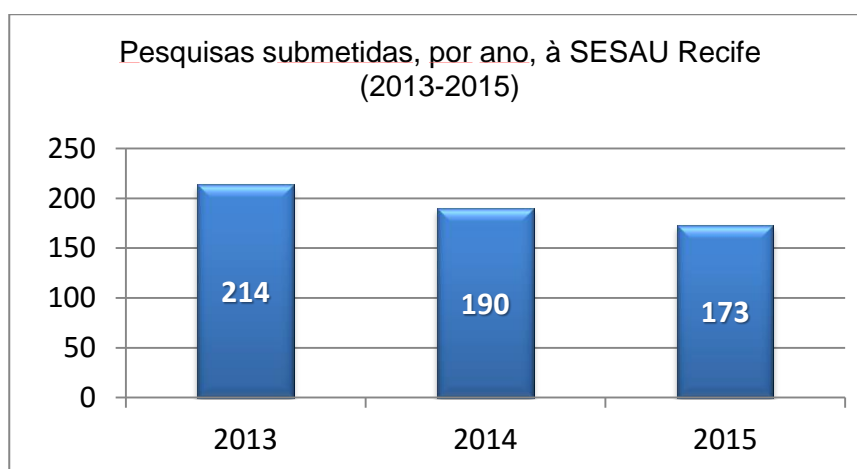
Pode-se observar, a partir deste Plano de Intervenção, o quanto o Setor de Projeto de Pesquisa e Extensão tem a oferecer através das pesquisas que recebe no decorrer de cada ano de funcionamento. Como já foi dito no decorrer deste trabalho, o SPPE recebe cerca de 200 projetos relacionados às mais diversas áreas: Atenção Básica, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Atenção a gestantes, Saúde da Criança e do Adolescente, enfim, são pesquisas feitas a partir de dados da Rede de Saúde do Recife e que devem ser utilizados pelo município a fim de buscar a melhoria contínua das políticas de saúde e da gestão.

Até o presente momento, as atividades realizadas a partir deste Plano de intervenção resultaram em reuniões do grupo gestor da SEGTES sobre o bom aproveitamento destas pesquisas. O Plano também foi responsável pela padronização do banco de dados referente aos projetos de pesquisa, onde unificou-se todas as informações.

O Panorama sobre Projetos de Pesquisa foi outro importante resultado deste Plano, proporcionando que o SPPE tivesse a real situação da grandiosidade de seu trabalho.

Por ano, o SPPE recebe uma cerca de 200 (duzentos) projetos de pesquisas em diferentes níveis de formação e áreas temáticas, conforme demonstrado no gráfico¹ a seguir:

Gráfico 1 – Pesquisas submetidas, por anos, à SESAU Recife (2013 a 2015).



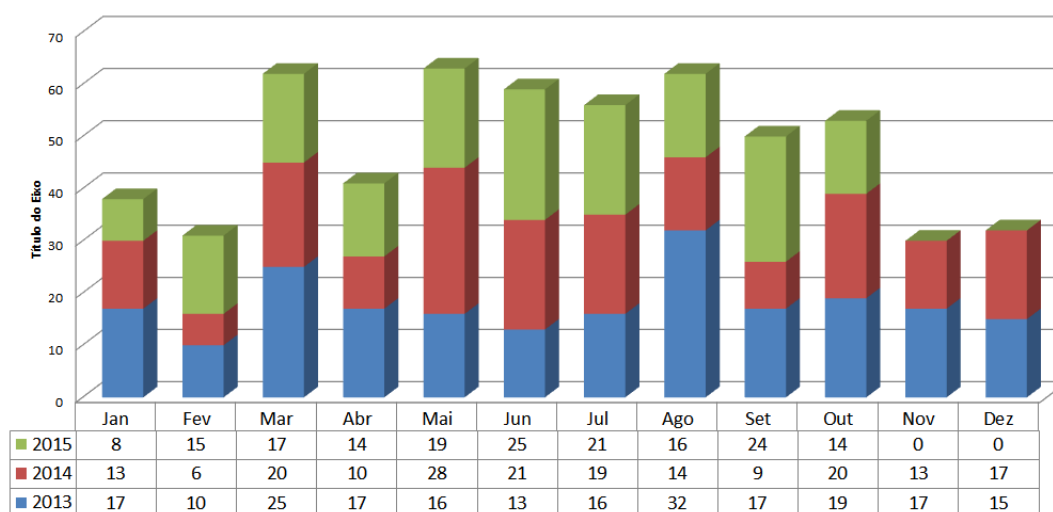
Fonte: Recife (2015).

¹ Os gráficos que serão apresentados no decorrer deste tópico fazem parte do Panorama sobre os projetos de pesquisa realizados na Secretaria de Saúde do Recife no período de 2013 a 2015. Este panorama é um dos resultados deste Plano de Intervenção.

Nota-se que o SPPE recebe um bom quantitativo de projetos de pesquisa. Vale ressaltar que os dados levantados referentes ao ano de 2015 foram realizados até o mês de outubro, ou seja, foram contabilizados os projetos recebidos de janeiro a outubro de 2015, o que significa dizer que até o final do mês de dezembro, este número será maior.

Por mês, o setor recebe o seguinte quantitativo de projetos:

Gráfico 2 – Quantitativo de projetos recebidos por mês (2013 a 2015).

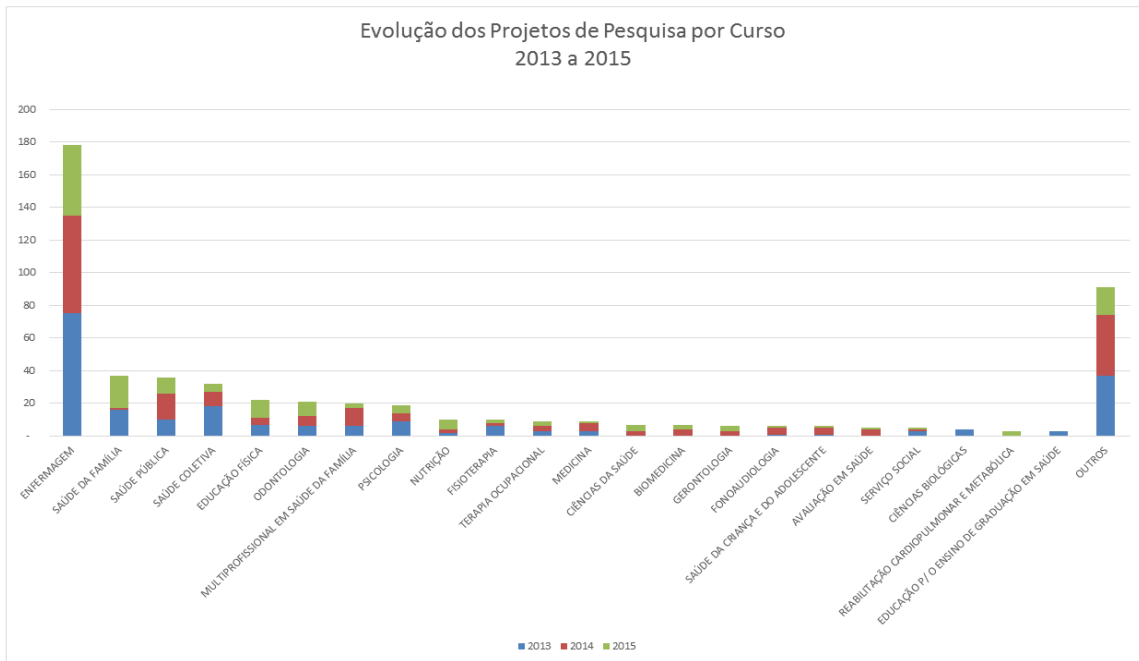


Fonte: Recife (2015).

Neste gráfico é possível ver que o setor costuma receber mais projetos no segundo semestre do ano. Como já foi dito, o panorama para 2015 foi feito até outubro, o que justifica o não aparecimento de indicadores em novembro e dezembro.

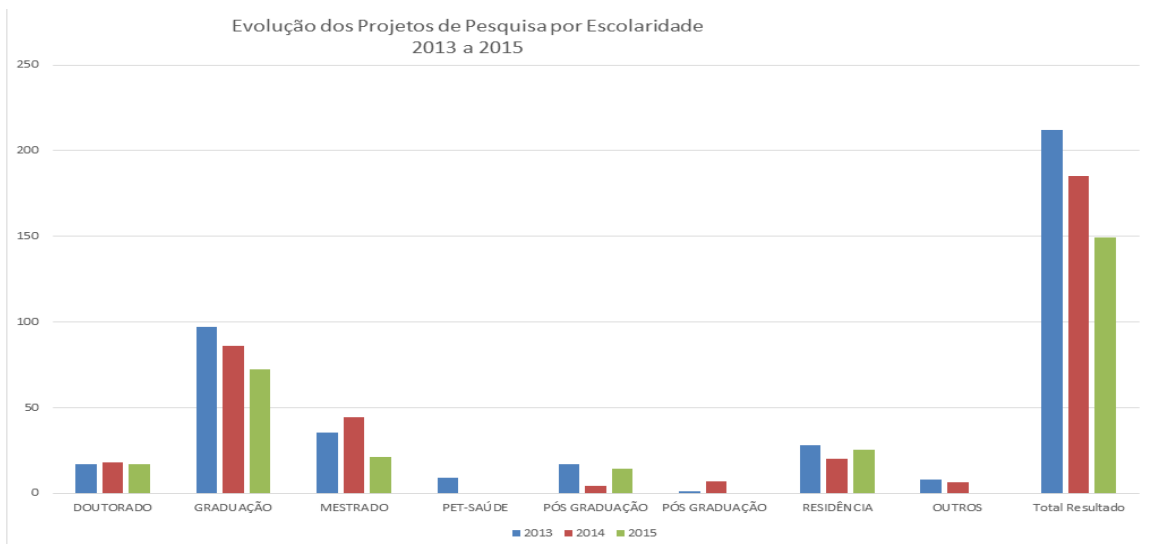
Para tanto, o setor recebe pesquisadores das diversas instituições de ensino (do Recife e também de fora da cidade); dos mais variados cursos e de diferentes níveis de escolaridade, como pode ser visto nos gráficos seguintes:

Gráfico 3 – Evolução dos Projetos de Pesquisa por Curso (2013 a 2015).



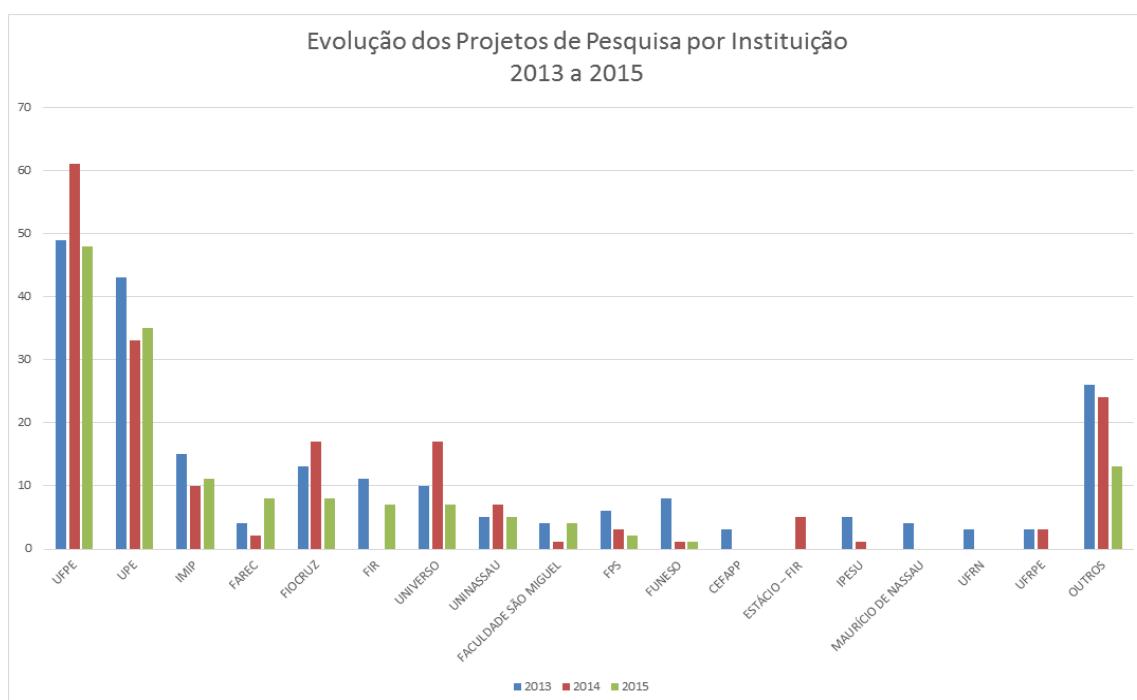
Fonte: Recife (2015).

Gráfico 4 – Evolução dos Projetos de Pesquisa por Escolaridade (2013 a 2015).



Fonte: Recife (2015).

Gráfico 5 – Evolução dos Projetos de Pesquisa por Instituição (2013 a 2015).



Fonte: Recife (2015).

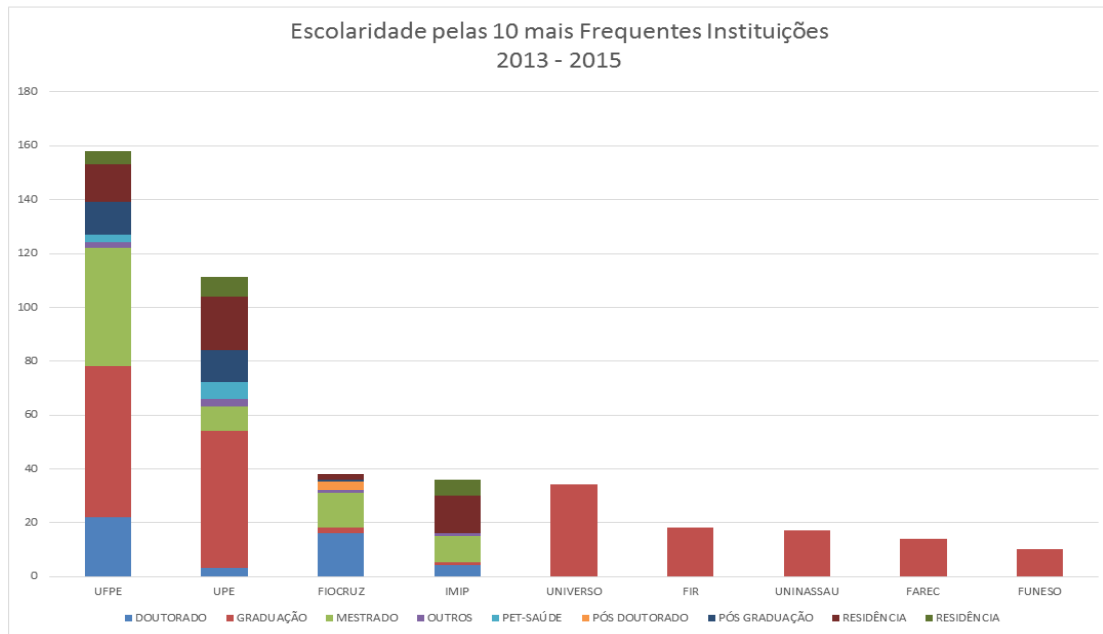
Os gráficos acima apresentados demonstram o quanto é diversificado o público de pesquisadores que o SPPE recebe. O gráfico 3 mostra que os estudantes de enfermagem são o maior usuário deste setor, sendo maioria disparada nos três anos que foram utilizados para a análise deste panorama. Provavelmente esta disparidade se deve ao crescente número de vagas e cursos ofertados a esta área. Os cursos de enfermagem da rede pública passaram de 61 em 1991, para 93 em 2004, representando um incremento na ordem de 52,45%, enquanto que nos cursos de rede privada passaram de 45 para 322, apresentando um crescimento de 615,55% (HADDAD et al., 2006, p. 146).

Já o gráfico 4 mostra que boa parte dos pesquisadores que o SPPE recebe são estudantes de graduação. Isto significa que os futuros profissionais já demonstram interesse em conhecer e pesquisar sobre a saúde pública. O gráfico 5 expõe o fato de que a maioria dos pesquisadores são oriundos de instituições públicas, o que também é um dado satisfatório, pois explana o interesse das instituições públicas em formar profissionais para a saúde pública, o que é bastante justo e coerente, tendo em vista que a saúde pública necessita de profissionais nas

suas diversas áreas.

Como já foi dito, o SPPE recebe um público das mais diversas escolaridades, conforme demonstra o próximo gráfico:

Gráfico 6 – Escolaridade pelas 10 mais Frequentes Instituições (2013 a 2015).

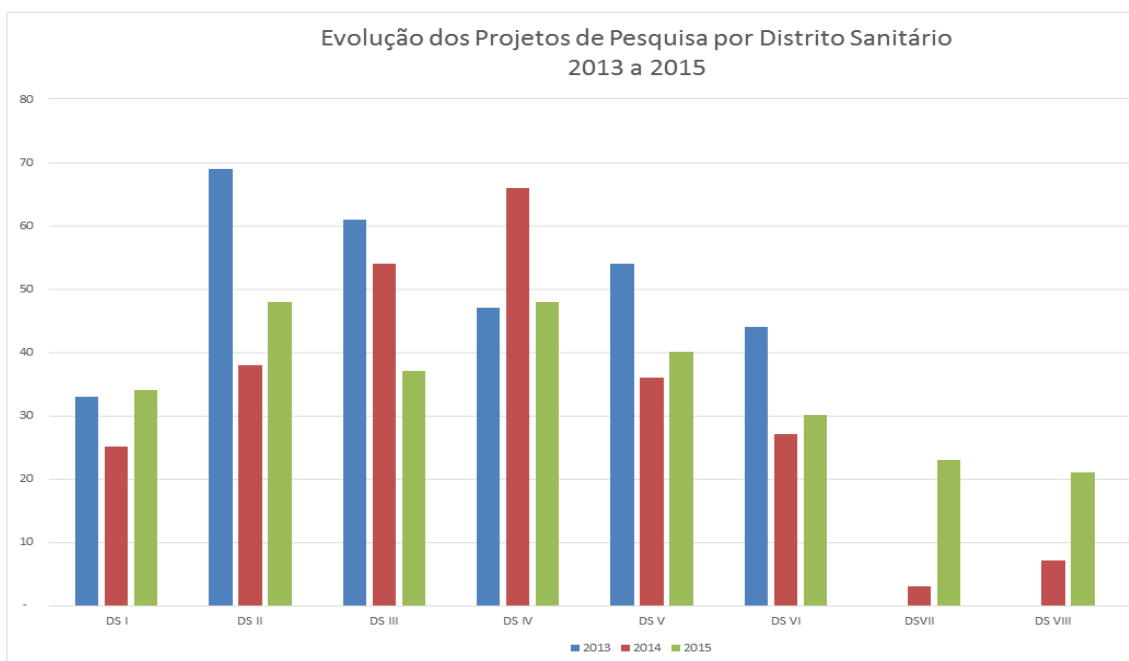


Fonte: Recife (2015).

O gráfico 6 traz uma estimativa da escolaridade referente as 10 instituições que mais demandam pesquisadores para o SPPE. No geral, como já foi observado, a graduação é a maior escolaridade que o setor recebe, perdendo apenas para as instituições voltadas para pesquisa e especialização, como é o caso da Fiocruz e do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP).

Tendo em vista que Recife possui 122 Unidades de Saúde da Família, estes serviços acabam sendo os maiores campos para coleta de dados. As USF são de responsabilidade dos Distritos Sanitários, logo, quem avalia e emite o parecer para os projetos a serem realizados nas USF são os DS. Segue abaixo o gráfico que demonstra o quantitativo de pesquisas realizadas por Distrito Sanitário:

Gráfico 7 – Evolução dos Projetos de Pesquisa por Distrito Sanitário (2013 a 2015).

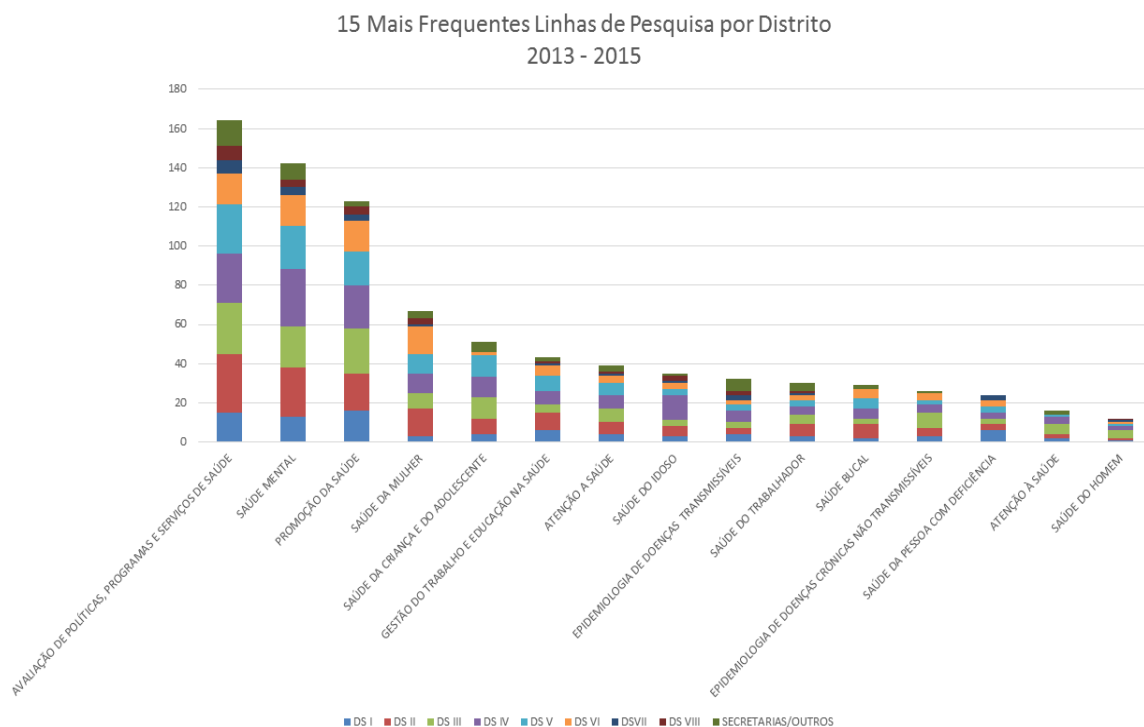


Fonte: Recife (2015).

Nota-se certo equilíbrio entre a maioria dos DS no que se refere ao recebimento de projetos de pesquisa. As ressalvas se dão para o DS I que, por ser o menor (comportando 11 bairros) acaba por receber um número menor de projetos, e para os DS VII e VIII. O baixo número de pesquisas realizadas nestes distritos dá-se pelo fato de serem novos, tendo sido criados em meados de 2014, o que justifica o pouco recebimento de projetos em 2014 e o não aparecimento de indicadores para 2013.

Outro fator que demonstra a grande contribuição que as pesquisas realizadas dentro do SPPE podem trazer para a SESAU Recife é a variedade de linhas de pesquisa que abordam, conforme demonstrado no próximo gráfico:

Gráfico 8 – As 15 Mais Frequentes Linhas de Pesquisa por Distrito (2013 a 2015).

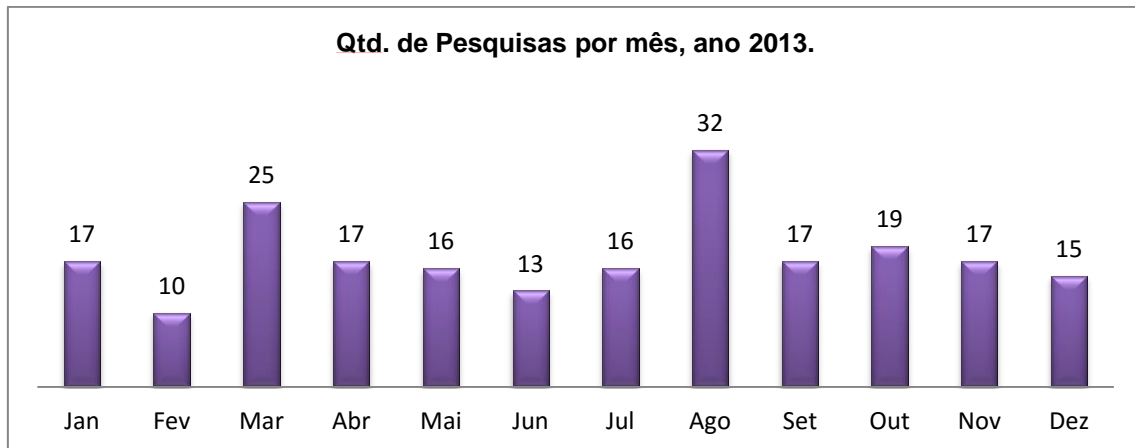


Fonte: Recife (2015).

Este panorama corresponde as 15 linhas de pesquisa mais abordadas pelos projetos de pesquisa que a SESAU Recife Recebe. O gráfico também está dividido em linhas de pesquisa por Distrito Sanitário e outros serviços de saúde que estão além dos DS, como as Secretarias Executivas pertencentes a SESAU; Coordenação de Saúde Mental e de Saúde Bucal.

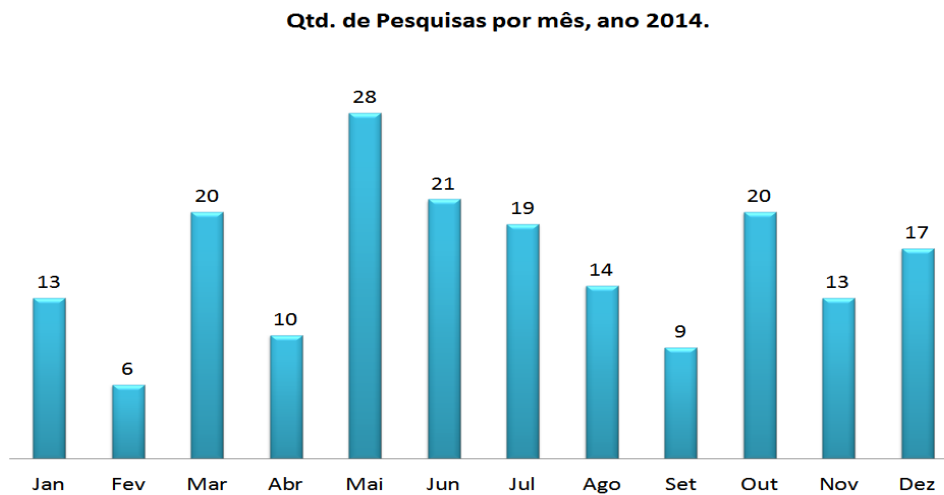
Como se pode perceber, o panorama sobre os projetos de pesquisa realizados como parte deste plano de intervenção tomaram como base os anos de 2013, 2014 e 2015 (até o mês de outubro). Durante este período, foram realizados 577 pesquisas na SESAU Recife. Sendo mais específico, seguem os gráficos que detalham o quantitativo de pesquisas realizadas em cada mês nos anos mencionados:

Gráfico 9 – Quantidade de Pesquisas, por mês, ano 2013.



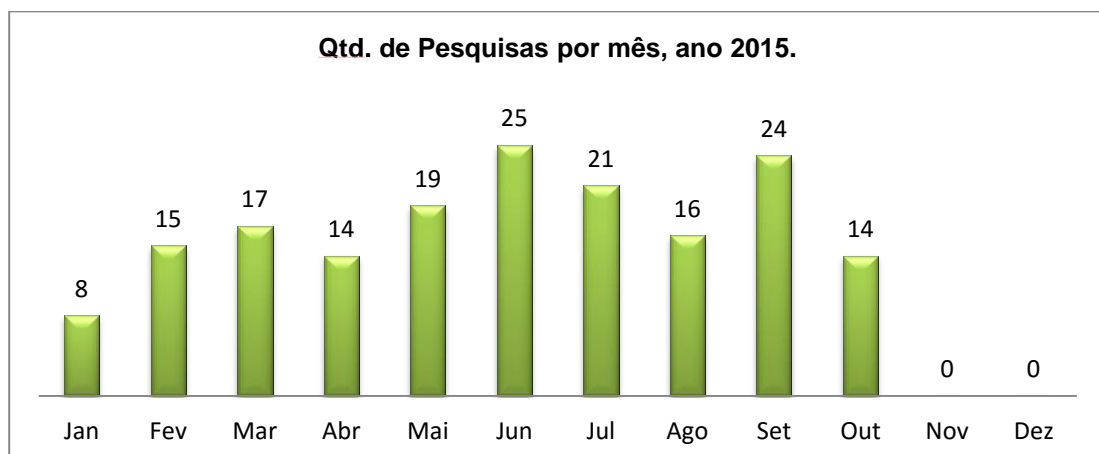
Fonte: Recife (2015).

Gráfico 10 – Quantidade de Pesquisas, por mês, ano 2014.



Fonte: Recife (2015).

Gráfico 11: Quantidade de Pesquisas, por mês, ano 2015.



Fonte: Recife (2015).

Durante o período utilizado para fazer este panorama apresentado em todos os gráficos mostrados, foram realizadas muitas pesquisas. Como já dito, foram 577 projetos, o que implica em 577 novas formas de se ver os serviços de saúde existentes na SESAU Recife, logo, são 577 formas de contribuição para auxiliar nas tomadas de decisões no que diz respeito à saúde da população recifense.

Criou-se também o modelo da primeira Nota Técnica sobre os projetos de pesquisa recebidos pela SESAU, com a finalidade de esclarecer o funcionamento do Fluxo de Projetos de Pesquisa.

Para além das atividades já realizadas por este Plano de Intervenção, existem outras tão importantes quanto as que já foram postas em prática, mas que deverão ficar como metas futuras, como é o caso da criação de espaços para divulgação dos trabalhos concluídos, disponibilizando-os no portal da SESAU. Para a divulgação das pesquisas, também é meta futura deste Plano a criação de momentos onde os próprios pesquisadores poderão expor seus trabalhos, pois também é importante passar a estes colaboradores o quanto seus trabalhos contribuem para o fortalecimento do SUS.

A necessidade de aplicação deste Plano de intervenção se deu, principalmente pelo reconhecimento da pesquisa como forma se conhecer a realidade e, a partir disto, buscar transformá-la. Quanto mais amplo o conhecimento, mais os entes envolvidos se sentem desafiados a buscar respostas, o que gera ganhos para o SUS, que passa a ser estudados a partir de todas as suas especificidades; a gestão, que passa a contar com novas ferramentas para a construção de políticas e tomadas de decisão; e a população, que pode dispor de uma Rede de Saúde que tem conhecimento de todas as suas particularidades.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, Marco; FISCHER, André. Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil (ANPPS): foco na sub agenda 18 – Promoção da Saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p.180-190, 2014.

ALMEIDA, M. F. de; ALENCAR, G. P. Informações em saúde: necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 241-249, 2000.

BACKER, T. E. Knowledge Utilization: The Third Wave. **Knowledge: creation, Diffusion, Utilization, Maryland**, v. 12, n. 3, p. 225-240, 1991.

BRANCO, Maria Alice Fernandes. **Informação e saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 222 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm> Acesso em 1 dez. 2015.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores de Saúde e Pactuações**. Brasília, DF 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 7 nov. 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953**. Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde, Criado Pela Lei de nº 1.920, de 25 de Julho de 1953, e dá Outras Providências. Rio de Janeiro, 16 nov. 1953. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-34596-16-novembro-1953-328248-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 1 dez. 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 4.143, de 25 de fevereiro de 2002**. Regulamenta A Lei no 10.332, de 19 de Dezembro de 2001, na Parte Que Institui Mecanismo de Financiamento Para O Programa de Fomento à Pesquisa em Saúde, e Dá Outras Providências. Brasília, DF, 25 fev. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4143.htm>. Acesso em: 27 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha: Programa Pesquisa para o SUS: gestão**

compartilhada em saúde Diretrizes Técnicas. 4. ed. Brasília, DF, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa para saúde: por que pesquisa em saúde?** Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://announcementsfiles.cohred.org/gfhr_pub/assoc/s14844p/s14844p.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.439 de 8 de dezembro de 2005.** Política Nacional de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html>. Acesso em 27 nov. 2015.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **GLOBOCAN 2012:** Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide 2012. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf> Acesso em: 27 out. 2015.

BRESSER-PEREIRA, L. C. State reform in the 1990s, logic and control mechanisms. In: BURLAMAQUI, L.; CASTRO, A. C.; CHANG, H.-J. (Ed.). **Institutions and the role of the State.** Cheltenham: Edward Elgar, 2000. v. 1, p. 175-219.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília. **Relatório Final.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

GURGEL, Idê Gomes Dantas. **A Pesquisa Científica na Condução de Políticas de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores.** 2007. 310 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

HADDAD, Ana Estela et al. (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004.** Brasília, DF: Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

HANNEY, S. R. et al. The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. **Health Research Policy and Systems.** London, v. 1, n. 2, p.1-28, 2003. Disponível em: <<http://www.health-policy-systems.com/content/1/1/2>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

HOUAISS, A. Informação. In: _____ **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008. Disponível em <<http://houaiss.uol.com.br/>>. Acesso em: 1 nov. 2015.

IBGE. **Produto Interno Bruto dos Municípios 2012**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2012/default.shtm>>. Acesso em: 30 out. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Atlas da Mortalidade**. Disponível em <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Um período e um processo**. Disponível em: <<https://ead.inca.gov.br/course/view.php?id=114>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab**: relatório Brasil. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2014**. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014.

IRWIN, A.; MICHAEL, M. Science, Social Theory and Public Knowledge. Philadelphia: Open University, 2003.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes Para a História dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300012> Acesso em: 24 out. 2015.

LEAL, Luciana Nunes. Após São Paulo, maiores concentrações são Rio, BH e Recife. **Estadão**, São Paulo, 25 mar. 2015. Disponível em: <<http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,apos-sao-paulo-maiores-concentracoes-sao-rio-bh-e-recife,1657203>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

MASCARENHAS, M. D. M. **Avaliação da confiabilidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em Teresina, Piauí**. 2004. 60 f. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2004.

MENICUCCI, Telma M. Gonçalves. Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 87, p. 58 – 75, 2006.

MORENO, Arlinda B; COELI, Cláudia Medina; MUNCK, Sergio. Informação em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/infosau.html>>. Acesso em: 2 nov. 2015.

NUTLEY, S.; WALTER, I.; DAVIES, H. T. O. From Knowing to doing: a framework for Understanding the Evidence-Into-Practice Agenda. **Evaluation**, London, v. 9, n. 2, p.125-148, 2003.

OLIVEIRA, C. O. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. **Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o exercício do Controle Social**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006. p. 29-46.

OLIVEIRA, Jayr Figueiredo. **Profissão líder: Desafios e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options**. Investing in health research and development. Geneva, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/tdr/publications/investing_report.htm>. Acesso em: 7 nov. 2015.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento dos Residentes: Recife: Unidade de Formação e Educação na Saúde**, 2015. 26 slides, color.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **Panorama Projetos de Pesquisa SESAU Recife, 2013-2015**. Recife, 2015. 16 slides, color.

ROCHA, Ruth. Informação. In: _____ **Minicidionário**. São Paulo: Scipione, 2000. p. 341.

RODRIGUES NETO, Eleotérios. **A reforma sanitária e o SUS**. Brasília: UNB. Núcleo de Estudos de Saúde Pública, 1997.

ROITMAN, Isaac. **Fundo Setorial de Saúde: Novo Instrumento para Fomento de**

Pesquisa na Área da Saúde. Salvador, 2008. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/267/258>>. Acesso em: 20 out. 2015.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SANTOS, Luiz Antônio de Castro et al. Um Século de Cólera: Itinerário do Medo. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 80-110, abr. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v4n1/05.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SILVA, Maria das Graças e. **Questão ambiental e desenvolvimento sustentável**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

TARGINO, Maria das Graças. Informação em Saúde: potencialidades e limitações. Disponível em: **Informação & Informação**, Londrina, v. 14, n. 1, p. 52-81, jul./jun. 2009. <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/viewFile/1845/289>>. Acesso em: 1 nov. 2015.

WEISS, C. H.; BUCUVALAS, M. J. **Social Science Research and Decision-Making**. New York: Columbia University, 1980.

APENDICES

APÊNCICE A – Nota Técnica sobre os Projetos de Pesquisa da Secretaria de Saúde do Recife



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE / SEGTES

Nota Técnica DES/UFES nº 01 – versão 1.0

Assunto: Pesquisa em Saúde,
SESAU Recife, 2013-2015.

A saúde é reconhecida como um componente crucial do desenvolvimento humano (SEN, 2000 *apud* BRASIL, 2007), tanto é que, os investimentos em saúde têm-se mostrado capazes de gerar taxas mais altas de retorno do que virtualmente qualquer investimento que um governo possa fazer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Além disso, considera-se ser este um componente indispensável de qualquer estratégia que busque dar suporte à redução das desigualdades e melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2007).

Dentro desse contexto insere-se a Pesquisa em Saúde, entendida como um conjunto de produção de conhecimentos, tecnologias e inovações que têm como objetivo principal a melhoria da saúde da população, componente *sine qua non* para a produção da qualidade de vida das pessoas. Para que isso ocorra de fato é necessário que a pesquisa em saúde consiga superar a perspectiva disciplinar e caminhe para a perspectiva de identificar objetos de intervenção que possam atingir o objetivo principal da Pesquisa em Saúde aqui já mencionado.

Destarte, sabemos que, apesar de reconhecida a importância da Pesquisa nessa área, um grande desafio persiste que a ausência de uma cultura de decisões baseadas em evidências que possa se beneficiar dos benefícios dos resultados encontrados nas pesquisas em saúde (BRASIL, 2007).

Pensando nisso, a Secretaria de Saúde do Recife, vem realizando algumas intervenções no sentido de reestruturar o Setor de Pesquisa em Saúde, coordenado pela Unidade de Formação e Educação na Saúde, com o intuito de investir nessa área para apoiar a tomada de decisão referente à produção do cuidado e da gestão dos processos formativos, voltados para a educação permanente e a formação profissional, na área da saúde.

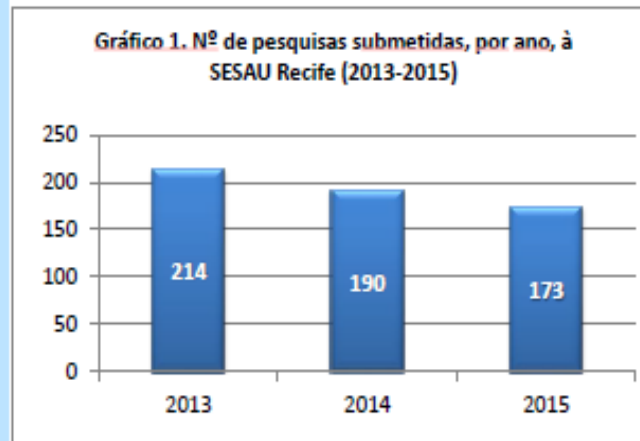
Por ano são cerca de 200 pesquisas (duzentas), em diferentes níveis de formação e áreas temáticas produzindo conhecimentos que podem ser utilizados para auxiliar na tomada de decisão da gestão em saúde, conforme demonstrado no gráfico abaixo:

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinheiro - Recife/PE - CEP 52021-030 Fone: 3355-1723



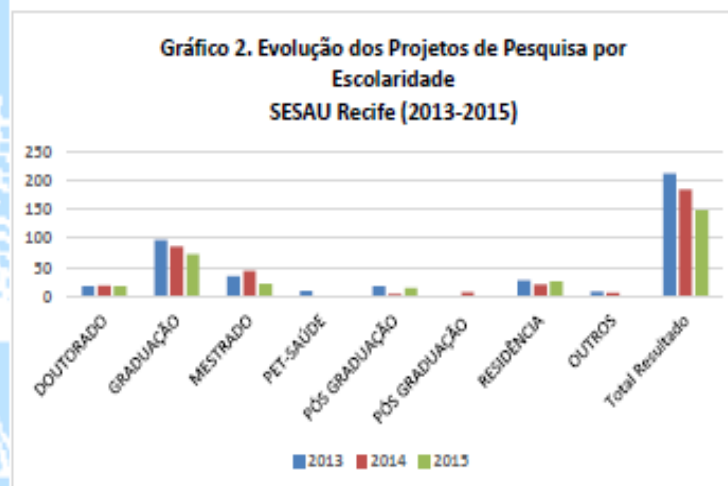


PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE / SEGTES



Fonte: Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2015.

Sendo em sua maioria projetos de Graduação, Mestrado e Residência em Saúde:



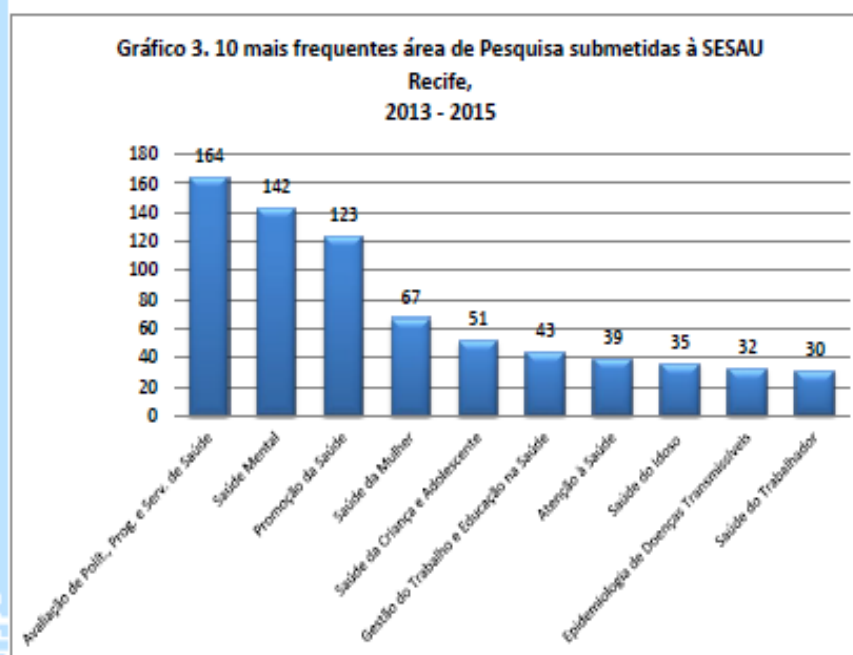
Fonte: Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2015.

É importante destacar que com a implementação Política de incentivo aos Programas de Residência Médica, na área da Saúde e Multiprofissional da Saúde há uma tendência de que o número de projetos de pesquisa venha a crescer no ano de 2016.



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE / SEGTES

Outro destaque importante diz respeito às áreas temáticas. Observamos que as três áreas de maior interesse por parte dos pesquisadores são a Avaliação de Políticas, Programas e Serviços de Saúde, a Saúde Mental e a Promoção da Saúde.



Fonte: Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2015.

Diante desses resultados encontramos a SEGTES vem estruturando o Setor de Pesquisa no sentido de avançar no debate da pesquisa, vista normalmente nos limites estreitos dos pesquisadores e instituições de pesquisa, para uma pesquisa cujo interesse central seja um olhar para as principais necessidades de saúde da população indicadas pela Gestão da Secretaria de Saúde.

Assim, os desafios e estratégias atuais da SEGTES para alcançar esses objetivos são:

- Estruturação das principais áreas de interesse de pesquisa da SESAU Recife;
- Produção de informações a partir do Banco de Dados do Setor de Pesquisa para promover o diálogo entre as Instituições de Pesquisa, Pesquisadores e gestores das políticas estratégicas da Secretaria de Saúde;



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE / SEGTES

- Promoção de espaços coletivos de divulgação e compartilhamento de conhecimentos produzidos através das pesquisas e dados locais disponíveis pelas áreas estratégicas que compõem a Rede de Atenção à Saúde da SESAU;
- Realização de um evento anual que promova a integração entre a SESAU Recife e as instituições de pesquisa do Estado, e
- Revisão e fortalecimento do fluxo de pesquisas.

São ações com o intuito de, reconhecendo a importância da pesquisa para a tomada de decisão, utilizar a produção desse conhecimento para qualificar a gestão e promover o cuidado em saúde, traduzindo essa produção em ação.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Por que pesquisa em saúde? Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf>. Acesso em: 29 de Out. de 2015.

SEN, A. Development as freedom. New York: Anchor Books, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva: WHO, 2001.



APÊNDICE B – Formulário de Análise de Pesquisa Reformulado



PREFEITURA DO

RECIFE

SECRETARIA DE SAÚDE


Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Divisão de Educação na Saúde

FORMULÁRIO DE ANÁLISE DE PESQUISA

Este formulário deve ser assinado e carimbado pelo(a) orientador(a) do projeto de pesquisa. A apresentação do mesmo é pré-requisito para início do processo de autorização do projeto na Secretaria de Saúde do Recife.

Caso tenha alguma dúvida, você pode acessar www.susrecife.com.br, ou ligar para a SEGTES através do (81) 3355 - 1707, ou comparecer presencialmente na Secretaria, no horário das 8h às 12h e de 14h às 17h.

IDENTIFICAÇÃO DO (S) AUTOR (AS)	
Nome Completo:	
CPF:	
Telefone celular:	
E – mail:	
Escolaridade: () Nível Médio () Nível Superior () Pós-Graduação () Outro _____	
Curso (Nome e Nível de Formação):	
Instituição de Ensino:	
IDENTIFICAÇÃO DO ORIENTADOR (A) / CO-ORIENTADOR (A)	
Nome Completo:	
CPF:	
Telefone celular:	
E – mail:	
Escolaridade:	
IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	
Título do Projeto de Pesquisa:	
Projeto de: <input type="checkbox"/> Pesquisa () <input type="checkbox"/> Extensão () <input type="checkbox"/> PET - SAÚDE ()	
Local da Pesquisa:	
Período da Pesquisa (coleta de dados):	
Previsão para apresentação dos resultados (data provável):	
Linha de pesquisa (vide orientação no site: www.susrecife.com.br):	
Resumo do projeto (objetivo, população de estudo, procedimentos metodológicos):	
QUESTÕES REFERENTES AO PROJETO (Escreva apenas SIM ou NÃO)	
1-Existe necessidade de consultas clínicas extras, visitas domiciliares extras ou grupos de educação em saúde extras? <small>* Entende-se por "extras", qualquer atividade que altere a rotina do serviço.</small>	
2-Pesquisa participante (envolve a participação de profissionais e usuários na coleta e análise dos dados)? Se sim, quanto tempo? (descrever no campo Observações)	
3-Implica ausência do profissional no horário de trabalho? Se sim, quanto tempo? (descrever no campo Observações)	
4-Existe necessidade de se realizar algum procedimento de pesquisa com o usuário? Se sim, quais? (descrever no campo Observações)	
5-Implica em procedimentos invasivos em usuários ou profissionais do serviço?	
6-Existe proposta de mudança nos fluxos, rotinas ou protocolos da SMS, durante a realização da pesquisa?	
7-Implica em qualquer procedimento que acarrete algum ônus financeiro e/ou de outra ordem para o município?	
OBSERVAÇÕES	
Caso tenha marcado a resposta SIM em algum dos campos acima (exceto para o 4 e 6), favor descrever abaixo.	

SERVIÇOS DE SAÚDE QUE PARTICIPARÃO DA PESQUISA, PROFISSIONAIS DE REFERÊNCIA E DISPONIBILIDADE PRÉVIA (CONTATO PRÉVIO)
Caso a Pesquisa seja realizada em mais de um serviço, favor preencher os dados abaixo para cada um deles.
Serviço de Saúde: _____
Nome do/a profissional: _____
E-mail e telefone do/a profissional: _____
O serviço apresenta disponibilidade prévia para receber a pesquisa? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Obs.: Reiteramos que a coleta de dados e quaisquer outros procedimentos do projeto de pesquisa só podem ser iniciados após a aprovação do Comitê de Ética da respectiva instituição de ensino.
Comprometo-me em, no desenvolvimento do trabalho, não trazer prejuízo à rotina do serviço e ao atendimento ao usuário, agir sob o consenso das pessoas envolvidas, e ao final do trabalho, entregar cópia da pesquisa em CD à Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES) e ao serviço envolvido, apresentar os resultados junto aos servidores deste, entendendo que o não cumprimento, implicará em não autorização para novas solicitações de anuência, bem como, coloco-me à disposição da Secretaria de Saúde do Recife para prestar esclarecimentos em qualquer fase da pesquisa.
AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO DE CONCLUSÃO DO TRABALHO
Forma Completa (<input type="checkbox"/>) Forma Parcial (<input type="checkbox"/>) Não Autorizo (<input type="checkbox"/>)
ASSINATURA DO/A (AUTOR/A) RESPONSÁVEL PELO PROJETO
Declaro, para os devidos fins, que as informações contidas nesses documentos são verdadeiras.
Recife, ____ de _____ de _____
ASSINATURA E CARIMBO DO/A ORIENTADOR/A
Declaro, para os devidos fins, que as informações contidas nesses documentos são verdadeiras.
Recife, ____ de _____ de _____
DOCUMENTO(S) PENDENTE(S): (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO Se sim, qual(is)? _____
RECEBIDO POR: _____
 <p>Prefeitura do Recife Secretaria de Saúde Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde Divisão de Educação na Saúde</p>
PROTOCOLO DE RECEBIMENTO PROJETO DE PESQUISA
PROJETO ENTREGUE EM: ____ / ____ / ____ RECEBIDO POR: _____
DOCUMENTO(S) PENDENTE(S): (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO Se sim, qual(is)? _____
Prazo para emissão da Carta de Anuência: 20 (vinte) dias após entrada do projeto, desde que não haja solicitação de esclarecimentos/alteração sobre a pesquisa por parte do serviço de saúde.
Lembramos que a pendência de documentação dificulta o processo de emissão da Carta de Anuência Telefone para contato: (81) 3355-1707. E-mail: des.segtes@recife.pe.gov.br

APÊNDICE C – Panorama Projetos de Pesquisa

PANORAMA PROJETOS DE PESQUISA SESAU RECIFE, 2013-2015



LEGISLAÇÃO PROJETOS DE PESQUISA

DIÁRIO OFICIAL

24/Jun/2008 | Edição 71 |
Cadernos do Poder Executivo

Secretaria de Saúde
Secretário: Tereza Campos

Portaria

PORTARIA Nº. 108/2008-GAB/SS, DE 20 DE JUNHO DE 2008.
A Secretária de Saúde do Recife, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 5º

- **Portaria Nº 108/2008 – GAB/SS, 20 DE JUNHO DE 2008.**

- **Instrução Normativa Nº 01/2008 – GAB/SS, 20 DE JUNHO DE 2008.**

DIÁRIO OFICIAL

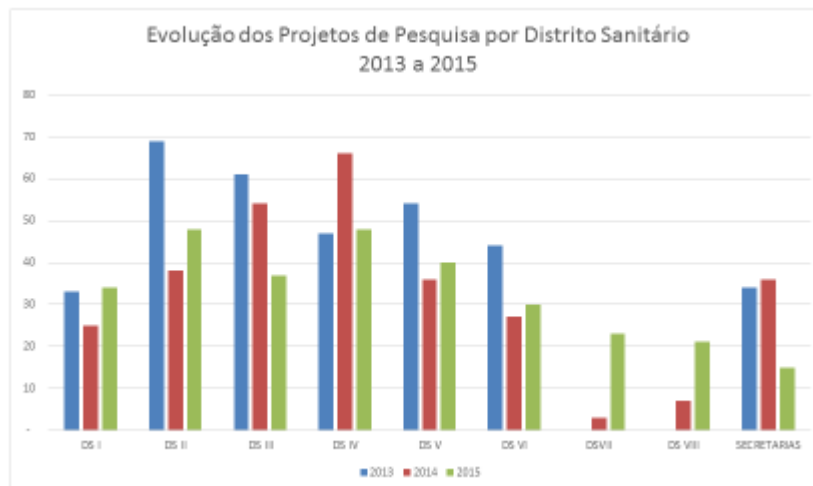
24/Jun/2008 | Edição 71 |

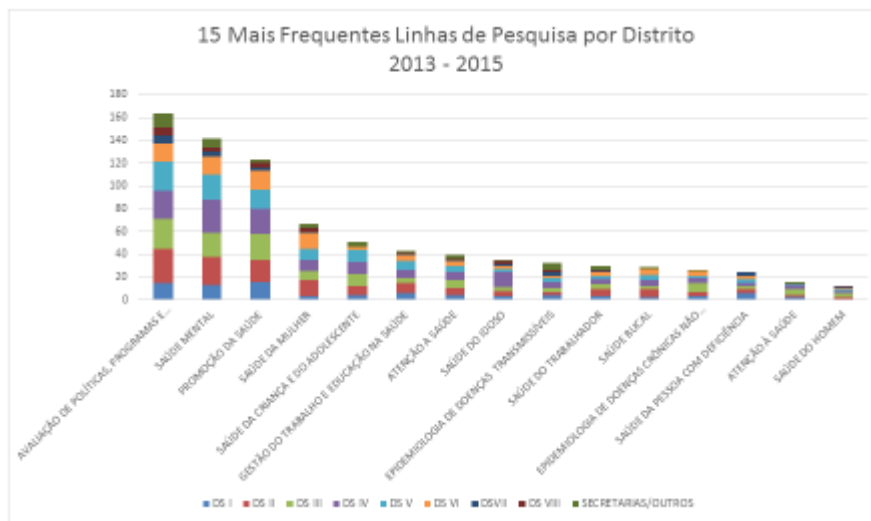
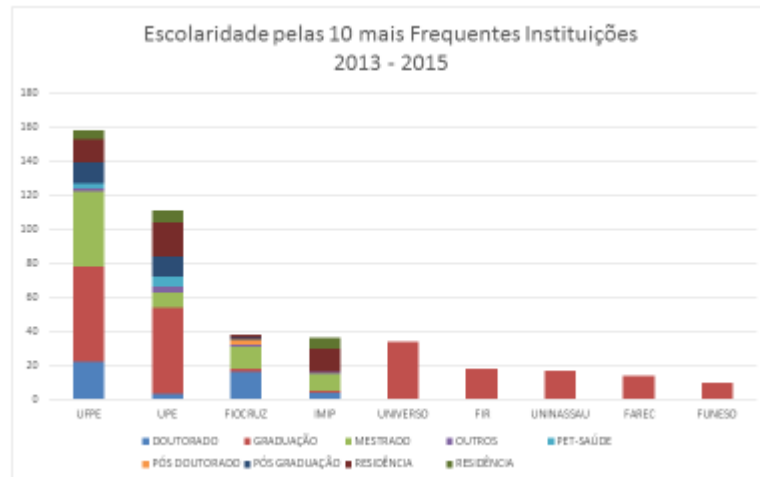
Cadernos do Poder Executivo

Secretaria de Saúde
Secretário: Tereza Campos

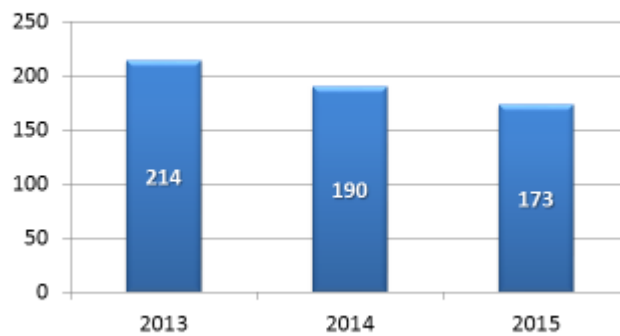
INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº. 01/2008-GAB/SS, DE 20 DE JUNHO DE 2008.



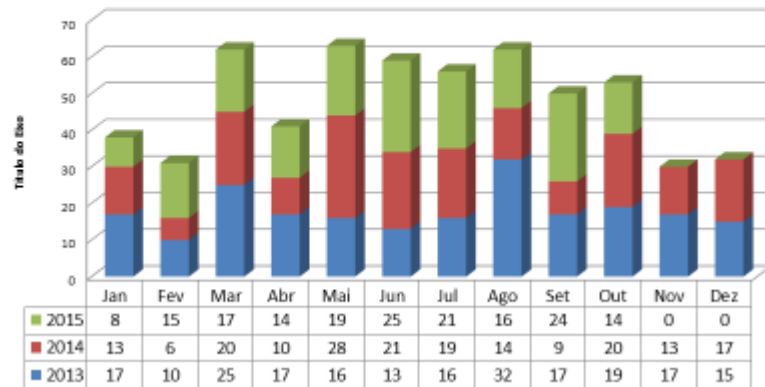




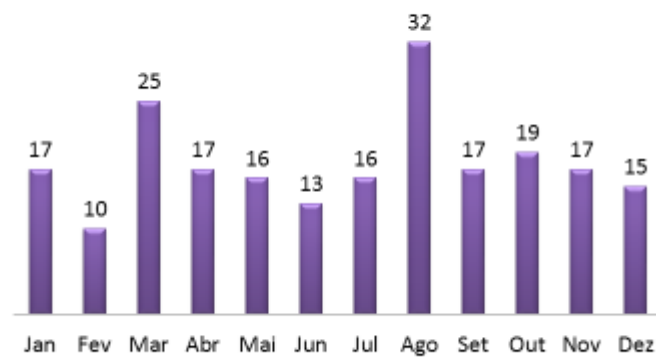
Quantidade de Trabalhos Submetidos, por ano, na SESAU Recife (2013-2015)



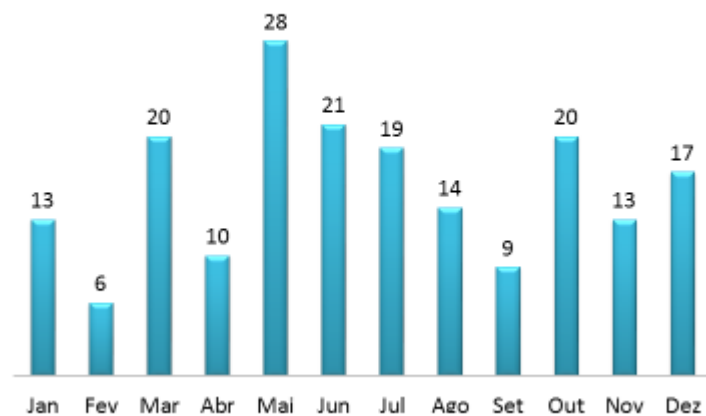
Quantidade de Trabalhos Submetidos, por mês, na SESAU Recife (2013-2015)



Qtd. de Pesquisas por mês, ano 2013.



Qtd. de Pesquisas por mês, ano 2014.



Qtd. de Pesquisas por mês, ano 2015.



Desafios 2015/2016




Iniciativas 2015/2016

- Análise do Banco de Dados;
- Proposta PROGESUS;
- Diálogos em Saúde (apresentação resultados e Coletânea para publicação);
- Evento anual Pesquisa e Extensão do Município.

APENDICE D – Reformulação do Portal do SUS Recife

ESPAÇO DO
TRABALHADOR



Início
PCCDV - Plano de Cargos, Carreiras, Desenvolvimento e Vencimentos
Estágio Probatório

Projetos de Pesquisa e Extensão
Critérios e Fluxos para Afastamentos de servidores para Eventos e Cursos

Projetos de Pesquisa e Extensão

INSTRUÇÕES AOS PESQUISADORES

[1- Prazo e documentos necessários](#)

O(a) pesquisador(a) deverá comparecer à Secretaria Executiva de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES) (endereço: Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinheiro), apresentando o seguinte **documento**:

- Uma via do **Formulário de Análise de Pesquisa** (link na praça virtual do SUS Recife - www.susrecife.com.br) preenchido, assinado e carimbado pelo(a) orientador(a) ou Tutor(a) no caso dos projetos do PET-Saúde.

Além disso, deverá concomitantemente, ser enviada uma **cópia virtual do Projeto (*.pdf)** e do **Formulário de Análise de Pesquisa** para o e-mail: des.segtes@recife.pe.gov.br.

OBS: Será considerada a **data de início do processo**, o registro do recebimento da documentação física na SEGTES, em conferência com o recebido por e-mail, desde que não haja nenhuma pendência.

[2- Informações importantes:](#)

a. Os projetos deverão conter, **obrigatoriamente**, os seguintes itens:

- Objetivos (geral e específicos);
- Procedimentos metodológicos (descrevendo o local da pesquisa, sujeitos da pesquisa, tipo de estudo, forma de coleta dos dados, instrumento de coleta e aspectos éticos)
- Cronograma da pesquisa;
- Orçamento (se houver);
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Autorização de Uso dos Dados do Setor (se forem utilizados dados primários).

b. Antes de dar entrada no processo na SEGTES, o(a) pesquisador(a) deverá entrar em contato (por email, telefone ou pessoalmente) com o local, onde será realizada a pesquisa para consulta de disponibilidade. Nessa ocasião, deverá ser anotado o nome, e-mail e telefone do(a) profissional de referência em tal serviço. Esses dados deverão constar no item **contato prévio** do **Formulário de Análise de Pesquisa**. Caso a pesquisa seja realizada em mais de um local, o mesmo procedimento deverá ser repetido para cada um deles.

c. Caso o projeto apresente pendências de dados ou documentação, a SEGTES entrará em contato com o(a) pesquisador(a) solicitando regularização das pendências. Após isso, a SEGTES terá o prazo de até 20 dias (corridos) para fornecer a carta de anuência. Em caso de PET-Saúde o prazo é de até 7 dias.

d. Após o recebimento da carta de anuência, o(a) pesquisador(a) dará entrada para aprovação do **Comitê de Ética em Pesquisa** da sua Instituição de Ensino. Quando tiver a aprovação do comitê de ética (parecer substanciado) o(a) pesquisador(a) enviará para a SEGTES (e-mail: des.segtes@recife.pe.gov.br) a aprovação e, assim, que a emissão da CI de autorização de coleta de dados estiver pronta, a SEGTES ligará ou encaminhará e-mail para o(a) pesquisador(a) vir buscar o documento para início de coleta de dados.

Mais acessados:

- Seleção Pública Simplificada para Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
- (nenhum título)
- MOBILIDADE INTERNA
- CONCURSO DE MONOGRAFIA – PRÊMIO DE INCENTIVO À ÉTICA E BIOÉTICA – MARIA CLARA ALBUQUERQUE
- Resultado do Processo de levantamento de currículos para docente do curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde


Pesquisar este blog

Receba as novidades do SUS Recife por email

Dê sua sugestão para melhorar o Portal do Trabalhador!

- [Clique aqui.](#)

Visitantes

 **274,796**

APENDICE E – Áreas de Pesquisa



Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde
Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

ÁREAS DE PESQUISA - SESAU RECIFE

1. Saúde da Criança e do Adolescente
2. Saúde da Mulher
3. Saúde do Homem
4. Saúde do Idoso
5. Saúde da População Negra
6. Saúde do Trabalhador
7. Saúde da Pessoa com Deficiência
8. Saúde Mental
9. Saúde Bucal
10. Assistência Farmacêutica
11. Promoção da saúde
12. Epidemiologia de Doenças Transmissíveis
13. Epidemiologia de Doenças Crônicas Não Transmissíveis
14. Violência e Saúde
15. Vigilância Sanitária
16. Saúde Ambiental
17. Informação em Saúde
18. Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
19. Atenção à Saúde
20. Avaliação de Políticas, Programas e Serviços de Saúde
21. Participação e Controle Social