



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JOAQUIM PEDRO RIBEIRO VASCONCELOS

**ESTRATÉGIAS TECNOASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
Organizar e inovar as práticas de atenção à saúde com foco na integralidade**

Ceilândia/DF
2013

JOAQUIM PEDRO RIBEIRO VASCONCELOS

**ESTRATÉGIAS TECNOASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
Organizar e inovar as práticas de atenção à saúde com foco na integralidade**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora Prof^a Dr^a Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira

Ceilândia/DF
2013

JOAQUIM PEDRO RIBEIRO VASCONCELOS

**ESTRATÉGIAS TECNOASSISTENCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
Organizar e inovar as práticas de atenção à saúde com foco na integralidade**

Comissão Examinadora:

Prof.^a Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira

Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira

Prof.^a Dr.^a Patrícia Maria Fonseca Escalda

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pilares de vida, meus pais, Sônia Maria e Francisco Washington.

Ao meu irmão, Francisco Júnior, pela amizade.

A minha sobrinha, Valentina Vasconcelos, por representar uma renovação de vida.

Dedico a minha namorada, Jéssica Rosa, pelo apoio durante a caminhada.

A minha orientadora e aos profissionais envolvidos no estudo.

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho foi inspirado no estudo de Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais em Saúde, em andamento, realizado com o apoio do Ministério da Saúde e implementado por universidades públicas federais dos estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Paraíba, Amazonas, Bahia, Distrito Federal e pelo município de Campinas/SP.

A todos os professores do curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília por compartilhar seus conhecimentos durante os meus cinco anos de graduação. Em especial a minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª Clélia Parreira, pelo comprometimento, pela paciência e pelas discussões teóricas e práticas feitas não somente durante a orientação do trabalho de conclusão de curso mais durante toda à minha formação no tripé da Universidade Ensino, Pesquisa e Extensão.

Aos professores José Iturri, Patrícia Escalda, Silvia Guimarães, Fernando Carneiro e Izabel Zanetti pelo processo de ensino-aprendizagem durante suas disciplinas ou em projetos de iniciação científica, extensão e o Programa de Educação para o Trabalho (PET VS/Vigilância) 2011-2012 onde tive uma aproximação maior com o serviço de saúde e a realidade social fora dos muros da Universidade, agradeço a vocês por me aproximar desses espaços do Sistema Único de Saúde (SUS) e consolidar a minha formação não só dentro de uma sala de aula mais na luta por um sistema local de saúde com qualidade, integral e de todos os povos.

A Universidade de Brasília (UnB) imensamente por todo o apoio financeiro nas bolsas de extensão, pesquisa, bolsa viagem internacional, bolsa viagem individual e apoios logísticos com a oferta de ônibus para participação em congressos estudantis e eventos técnicos científicos, essas oportunidades auxiliaram na formação acadêmica unindo a teoria, a prática e a formação política social.

Aos colegas, minha namorada, companheiros do movimento estudantil da Gestão 2010 e 2011 do Centro Acadêmico de Saúde Coletiva e movimento dos Sem Campus pelas lutas conquistadas, amizades estabelecidas e discussões arraizadas, momentos esses que tornou minha formação mais crítica e reflexiva sobre o SUS, a graduação em Saúde Coletiva, a expansão da UnB para cidade-satélite de Ceilândia e a relação Universidade e sociedade.

A toda minha família pelo apoio, companheirismo e educação, por ter me proporcionado toda essa parte da minha vida.

“O fortalecimento dos processos de reorientação do modelo de atenção, com ênfase na proposta de Promoção e Vigilância da Saúde, precisa ser respaldado pela formação de profissionais de Saúde Coletiva capazes de assumir os desafios dessa transformação.”

(Teixeira & Paim, 2002)

RESUMO

A Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da atenção básica. Ela procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção à saúde e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. Este estudo teve por objetivo identificar as experiências inovadoras de Atenção à Saúde praticadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) no âmbito da Atenção Básica de Ceilândia. Levantou, na perspectiva dos profissionais de saúde, as experiências das equipes da ESF e EACS consideradas como inovadoras e buscou caracterizar os elementos das práticas estudadas que possam contribuir para a consolidação do modelo tecnoassistencial em saúde que tenha como foco a integralidade. Tratou-se de um estudo qualitativo descritivo, que utilizou a técnica da roda de conversa. Identificou-se experiências inovadoras na rede de atenção básica de Ceilândia, relatada pelos profissionais de saúde e pode a partir da realidade de saúde e trabalho dos profissionais das equipes caracterizar elementos que auxiliam na consolidação do modelo tecnoassistencial em saúde com foco na integralidade. A partir das experiências identificadas avalia a necessidade de acompanhar por um período de tempo mais longo essas experiências. Por fim, vale ressaltar a importância das práticas inovadoras para alcançar a integralidade em saúde, de forma geral responder as necessidades de saúde da população. Com intuito de ampliar a resolutividade do sistema e destacando a vigilância em saúde, há necessidade do uso adequado da epidemiologia, das práticas de organização do serviço e da avaliação das práticas por aqueles que participam dos processos, os profissionais.

Palavras-chave: Atenção básica, Modelos tecnoassistenciais e Inovação em saúde.

ABSTRACT

The Family Health is a major strategy, proposed by the Ministry of Health of Brazil (MS), to reorient the health care model of SUS, from primary care. It seeks to reorganize and reorient services professional practices in the logic of health promotion, disease prevention and rehabilitation, finally, the promotion of quality of life, thus becoming a proposal with the technical, political and administrative innovative. This study aimed to identify innovative experiences for Health Care practiced by the teams of the Family Health Strategy and the Strategy of Community Health Workers under Primary Ceilândia. Lifted from the perspective of health professionals, the experiences of Family Health Strategy considered innovative and sought to characterize the elements studied practices that may contribute to the consolidation of technical care model in health that focuses on completeness. This was a qualitative descriptive study, using the technique of wheel conversation. Identified innovative experiences in primary care network of Ceilândia, reported by health professionals and can from the reality of work and health professionals' teams characterize elements that assist in developing the model tecnoassistencial health with focus on completeness. From the experiences identified evaluates the need to monitor for a period of time longer these experiences. Finally, it is worth mentioning the importance of innovative practices to achieve complete health and generally meet the health needs of the population in order to solve their problems and giving prominence to health surveillance, the use of epidemiology and practices service organization and the professionals evaluate their practices.

Word-keys: Primary attention, Health care technical models e Innovation in health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAP – Comunidade Ampliada de Pesquisa
CCA – Comunidade Científica Ampliada
CEI – Campanha de Erradicação de Invasões
CEP/FS – Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde
CF/1988 – Constituição da República Federativa do Brasil 1988
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CSC – Centro de Saúde de Ceilândia
DAB – Diretoria de Atenção Básica
DF – Distrito Federal
EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
FEPECS – Fundação de Ensino Pesquisa em Ciências da Saúde
GDF – Governo do Distrito Federal
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PDAD – Pesquisa Distrital Por Amostra de Domicílios
PET – Programa de Educação para o Trabalho
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
SILOS – Sistemas Locais de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UnB – Universidade de Brasília
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de Equipes da Saúde da Família no Distrito Federal - 2002 a 2012 37

Gráfico 2 – Número de Agentes Comunitários de Saúde no Distrito Federal - 2002 a 2012 38

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Atributos da Atenção Primária à Saúde | 30 |
| Figura 2 – Atributos da inovação | 35 |
| Figura 3 – Inovação na área da saúde | 36 |
| Figura 4 – Roda de conversa Centro de Saúde N° 08 de Ceilândia 1 | 44 |
| Figura 5 – Roda de conversa Centro de Saúde N° 08 de Ceilândia 2 | 47 |
| Figura 6 – Roda de conversa Centro de Saúde N° 08 de Ceilândia 3 | 50 |

Sumário

| | |
|---|----|
| Introdução: contextualização da temática | 14 |
| Capítulo I - As estratégias tecnoassistenciais no contexto de saúde brasileiro | 16 |
| 1.1. Uma conquista do povo brasileiro: o Sistema Único de Saúde | 16 |
| 1.2. O Sistema Único de Saúde na Lei | 18 |
| 1.2.1. Os Princípios e as Diretrizes | 19 |
| 1.2.2. A democracia em saúde o papel do controle social | 21 |
| Capítulo II - O histórico da Atenção Básica no Brasil | 23 |
| 2.1. Atenção Básica como ordenadora das redes de atenção à saúde no SUS | 25 |
| 2.2. A Estratégia de Saúde da Família: uma estratégia para o alcance da Saúde | 28 |
| 2.3. Construir o Sistema Único de Saúde através dos modelos tecnoassistenciais | 31 |
| 2.4. A inovação na rede de Atenção Básica | 33 |
| Capítulo III - Contextualização do cenário da prática | 37 |
| Capítulo IV - Caracterização do estudo realizado | 40 |
| 4.1. Justificativa | 40 |
| 4.2. Hipóteses da pesquisa | 41 |
| 4.3. Objetivos da pesquisa | 42 |
| 4.4. Metodologia | 42 |
| Capítulo V - Resultados e discussões | 47 |
| Considerações Finais | 55 |
| Referências Bibliográficas | 57 |

| | |
|---|----|
| Anexos | 62 |
| Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 62 |
| Anexo II - Termo de autorização do uso da imagem e som de voz | 63 |
| Anexo III - Convite para participação das rodas de conversa | 64 |
| Anexo IV - Roteiro norteador para a roda de conversa | 66 |
| Anexo V - Questionário perfil dos participantes da roda de conversa | 67 |
| Anexo VI - Pareceres consubstanciados dos Comitês de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES-DF e do CEP/FS-UNB..... | 69 |

INTRODUÇÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

A Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), para reorientar o modelo assistencial do SUS, a partir da atenção básica (BRASIL, 1997 p.11). Ela procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. Ela pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a interdisciplinaridade e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998 p.20).

Ao contrário do modelo centrado no médico, na clínica e no hospital, dentro do arcabouço da Atenção Básica à Saúde (ABS) existe a Estratégia Saúde da Família diferenciada pelo modelo assistencial centrado no usuário. Nela propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leves Merhy (2002), capaz de assegurar ações de acolhimento, vínculo com o serviço e resolução dos problemas de saúde em comunidades vulneráveis socialmente, conforme defendido por alguns autores:

A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de suas práticas, adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos e deve estar amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais. (GASTÃO e GUERREIRO, 2010, p.115)

Além disso, para viabilizar suas ações, é necessário compor uma equipe multiprofissional com a participação de enfermeiro generalista, do médico, um ou dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. (TEIXEIRA e COSTA, 2003, p.55; BRASIL, 2006, p.42)

Merhy (1997) afirma que um dos grandes nós críticos das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil, que se tem mostrado comprometido com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos, é justamente o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho.

Com uma ótica de que inovações são fundamentais para os processos de mudança Tidd, Besant e Pavitt (2005), o presente estudo buscou identificar as

experiências inovadoras de Atenção à Saúde praticadas pelas equipes da ESF e da EACS no âmbito da Atenção Básica de Ceilândia na perspectiva dos profissionais de saúde e caracterizar os elementos das práticas estudadas que possam contribuir para a consolidação do modelo tecnoassistencial em saúde que tenha como foco a integralidade. Como estratégia para coleta dos dados foi utilizada técnica de roda de conversa com os profissionais de saúde envolvidos nas Estratégias e gestores de Centros de Saúde de Ceilândia (CSC).

É construindo o pensamento a partir da inovação centrada em aspectos tecnológicos que o estudo pretende responder se inovação também pode ser refletida na solução dada pelo serviço às demandas de saúde da população por meio das práticas de integralidade em saúde. Apesar das diferentes concepções de inovação aplicadas à saúde, Berwick (2003) destaca que como ela tem sido tradicionalmente associada a avanços na prática clínica, por consequência, fica como responsabilidade dos médicos essa identificação de inovação.

É importante enfatizar que a cidade de Ceilândia surgiu em decorrência da Campanha de Erradicação de Invasões – CEI que foi o primeiro projeto de erradicação de favelas do Distrito Federal (DF), fortemente caracterizado pela segregação social, espacial e econômica dos trabalhadores que vieram em sua maioria, do Nordeste brasileiro para construir Brasília.

Segundo dados da Pesquisa Distrital Por Amostra de Domicílios – Ceilândia – PDAD 2010/2011 Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) cerca de 80.000 moradores das favelas da Vila do IAPI, Vila Tenório, Vila Esperança, Vila Bernardo Sayão e Morro do Querosene, foram removidos dos arredores do centro de Brasília para o cerrado localizado hoje o território de Ceilândia sem nenhuma infraestrutura, saneamento básico, água e energia.

Além da presente introdução, esta monografia apresentará cinco capítulos. Nos Capítulos I, II e III serão apresentados o referencial teórico que embasou a pesquisa. No Capítulo IV serão apresentadas a justificativa, com destaque para a importância de pesquisar à temática, os objetivos e as hipóteses do estudo realizado e a metodologia adotada. No Capítulo V serão encontrados os dados coletados, a análise e a discussão. Além dos Capítulos referidos, a monografia apresenta as considerações finais, seguida das referências bibliográficas utilizadas e dos anexos, nos quais constam documentos relevantes e comprobatórios do estudo realizado.

CAPÍTULO I: AS ESTRATÉGIAS TECNOASSISTENCIAIS NO CONTEXTO DE SAÚDE BRASILEIRO

As estratégias tecnoassistencias em saúde estão estreitamente relacionadas ao sistema de saúde adotado. No caso brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) é orientador da forma de organização e do funcionamento da atenção. Nesse sentido, os modelos de atenção à saúde têm sido resultado das conquistas e avanços na própria implantação do SUS.

A formação sócio-histórica do SUS traz, em sua trajetória, elementos de conquistas sociais e normativas que o definem. Nesse sentido, o capítulo está organizado de forma a trazer uma reflexão sobre os aspectos normativos, seus princípios e diretrizes, com destaque para o controle social.

1.1. Uma conquista do povo brasileiro: o Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde foi criado em 1988, com a Constituição da República Federativa do Brasil (CF/1988), a partir da qual a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, extensivo a todos e de responsabilidade do dever do Estado (Art. 196, p.54).

Entretanto, sua inscrição na Constituição Federal resultou de um expressivo movimento em defesa da saúde pública de qualidade para todos que não surgiu de uma hora para outra. Como política social, e de todos, pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

O movimento da RSB ocorreu entre 1976 e 1988, durante a ditadura militar no Brasil, período conturbado pelo autoritarismo. O movimento surge em contexto de lutas pela saúde e democracia. A estrutura do movimento estava nas universidades, no movimento sindical, em experiências de organização de serviços. Como destacado no trecho abaixo a consolidação da luta a favor da saúde pública e do povo brasileiro:

Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

(AROUCA, 1998, p.1)

Como Paim (2010, p.54) bem lembra, a RSB fazia parte de uma totalidade de mudanças, a exemplo da reforma agrária, da reforma urbana, da reforma tributária, entre outras. O SUS, embora dos seus filhos diletos, tinha outros irmãos e irmãs igualmente importantes, tais como: distribuição de renda mais justa, avanço da democracia e desenvolvimento da educação e da cultura, razão pela qual, na perspectiva desse autor, para melhorar a saúde da população é necessário que se atue, especialmente, sobre os seus determinantes sociais, fortemente vinculados às condições de vida.

Cabe ressaltar que no Art. 196 da CF1988, destaca que o dever do Estado seria garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. Nesse sentido, a Carta Magna foi, para Paim (2010, p.44) quem apontou as políticas econômicas e sociais como intervenções fundamentais para a garantia do direito à saúde.

Somente depois de consideradas as relevâncias da relação das políticas econômicas e sociais para o direito à saúde que a CF/1988 garantiu o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Assim, o SUS, no âmbito das suas atribuições, deve ser o provedor de saúde de todas as comunidades, populações e indivíduos no território brasileiro, seguindo os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade.

O princípio da Universalidade diz respeito à garantia da saúde como um direito de todos, cabendo ao Estado que lhes garanta esse acesso universal e gratuito. O princípio da Integralidade, considerado um dos mais preciosos, refere que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritárias, em relação ao total da população (BRASIL, 2000).

Em consonância com os dois princípios a cima existe a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais, que se referem também à noção de território, existentes em nosso País. Assim, surge outro princípio, o da Equidade, para reafirma que essa necessidade deve dar-se também por meio das ações e dos serviços de saúde.

Tais conceitos, e seus significados, remetem a total responsabilidade do Estado em assegurar saúde pública com qualidade e efetividade para o povo brasileiro, devidamente assegurada do ponto de vista constitucional.

Não importa a classe social, o poder aquisitivo ou a cultura, todos têm

direito de serem considerados em suas necessidades e para isso lhes deverão ser assegurados e prestados serviços que deem conta da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, com garantia de procedimentos e ações nos mais distintos níveis de atenção à saúde.

Para que se alcance a qualidade na prestação dos serviços em saúde e para que o SUS responda de forma efetiva à necessidade de saúde de cada comunidade/território têm-se a proposta de rede regionalizada que possibilita a distribuição dos estabelecimentos de saúde (centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais entre outros) em um dado local, de modo que os serviços básicos estejam mais disseminados e descentralizados enquanto os serviços especializados se apresentam mais concentrados e centralizados, conforme destacado por Paim (2010):

As ações e serviços de saúde podem, então, ser organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e evitar a fragmentação das ações em saúde. (PAIM, 2010, p.48)

A regionalização é um dos princípios organizativos do SUS e a descentralização busca adequar o SUS à diversidade regional de um país multicultural, com diversas realidades. Tal descentralização busca assegurar que cada território tenha suas necessidades de saúde consideradas, sejam quais forem, suas realidades sociais, econômicas, sanitárias e culturais. Com a regionalização e a descentralização é possível propiciar aos gestores e profissionais de saúde a flexibilidade nas ações no planejamento do atendimento das demandas encontradas no território. Além disso, se evita mera reprodução do fazer saúde de maneira individual e médica hegemônica, valorizando a coletividade e contextualizando as políticas e ações de saúde.

1.2. O Sistema Único de Saúde na Lei

Após aprovada na Constituição Federal e para efeito de sua aplicação na realidade brasileira, foram elaboradas a Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 19 de setembro de 1990 conhecida como Lei 8.080/90, que sofreu diversos vetos, mas foi complementada em 28 de dezembro do mesmo ano, pela Lei 8.142/90.

Nela, que não trata exclusivamente de questões relacionadas à implementação do SUS, a saúde é referida como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Além

disso, acrescenta que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988, p.54).

Na Lei nº 8.080/90 no Parágrafo segundo, antes mesmo de definir o SUS, está estabelecido que o dever do Estado não exclua os das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade e aborda a importância do engajamento de outros atores nas ações e intervenções em saúde, dentre os quais as universidades, igrejas, escolas e os movimentos sociais, tidos como organizações e instituições competentes para tal. Para essa relação os profissionais atuantes no SUS devem entender que essas instituições são também corresponsáveis pela saúde da comunidade.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

(Lei nº 8.8080, 1990, p.1)

Os determinantes e condicionantes da saúde indicam que saúde não é mais apenas entendida como o processo biológico dos sujeitos, mas como todo o contexto que envolve o indivíduo e a coletividade, com a realidade das condições de vida. Nesse sentido, para melhorar a saúde da população, é necessário atuar especialmente na escuta cultural e no conhecimento da realidade de cada sujeito que se está responsável em promover saúde.

Somente depois da Lei nº 8.080/90 apresentar a concepção ampliada de saúde é que explicitou a definição do SUS, entendido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. (Lei nº 8.142, 1990, p.)

1.2.1. Os Princípios e as Diretrizes

É necessário quando se discute os princípios e diretrizes do SUS, separá-los em conceitos para que não se confunda a real capacidade e importância de cada um. Assim sendo, vale lembrar que princípios são os valores capazes de orientar o

pensamento dos profissionais de saúde no planejamento das ações e intervenções em saúde. As diretrizes são orientações gerais que auxiliam na organização dos serviços em saúde.

Destacam nos objetivos e atribuições do SUS a assistência às pessoas, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral inclusive farmacêutica.

A referida Lei descreve os princípios e diretrizes. A assistência às pessoas tem sido definida de modo mais amplo que a assistência médica ou hospitalar por meio da expressão atenção à saúde, que engloba todo o conjunto de ações, em todos os níveis de governo, para atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, seja no campo da assistência, das intervenções ambientais e das políticas externas do setor saúde.

O SUS também possui a atribuição de fiscalizar a saúde. Isso se dará pelo papel das vigilâncias em saúde, como o controle de medicamentos, alimentos, vacinas e serviços de saúde, entre outros, responsabilidades próprias de vigilância sanitária.

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (CAMPOS, 2001, p.1).

A Lei Orgânica da Saúde conceitua vigilância epidemiológica como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Segundo Paim (2010, p.57), o SUS poderia atender as pessoas e as coletividades de acordo com as suas necessidades, mediante a diretriz de utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática. A possibilidade de oferecer recursos para os que mais precisam estaria fundamentadas por essa orientação.

1.2.2. A democracia em saúde o papel do controle social

No Brasil surge no contexto da crise do governo militar e em período de forte atuação dos movimentos em defesa da redemocratização da sociedade brasileira, durante o processo da RBS, o conceito de saúde é mais entendido somente como a ausência de doença, mas como todo bem-estar, relacionado aos contextos social, ambiental, cultural e emocional do indivíduo e da coletividade, ou seja, a nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população.

Também cabe ressaltar nesse momento o protagonismo do povo brasileiro na capacidade de refletir, criticar e agir em saúde. Atualmente os usuários têm um papel essencial na gestão do sistema que é a participação social em saúde feita pelo controle social, seja no planejamento das ações e intervenções em saúde em seu território ou em níveis mais complexos, com poder de decisão, como acontece no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e nas conferências locais de saúde.

Através do protagonismo do povo brasileiro, desde as raízes do SUS, o controle social tem um papel importante nas políticas públicas de saúde. No Brasil, a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde, por isso a denominação de controle social é dada à participação da sociedade no SUS (CÔRTEZ,1996a; 1996b). Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde. Campos (2003, p.9) coloca que o trabalho das equipes e das organizações de saúde deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de se pensar em um contexto social e cultural.

No balanço sobre os vinte anos do SUS, Moreira e Escorel (2009) se referem aos conselhos municipais de saúde como instâncias colegiadas deliberativas extremamente relevantes para a consolidação do SUS, conforme destacado a seguir:

Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) são uma realidade no arcabouço institucional brasileiro: em dezessete anos, foram criados em 5.564 municípios, arrematando um contingente de cerca de 72.000 conselheiros titulares, 20% a mais do que os cerca de 51.000 vereadores do país. Dos conselheiros, aproximadamente 36.000 representam os usuários do SUS, tendo sido indicados por quase 28.000 entidades da sociedade civil. Os números demonstram o avanço da inclusividade no setor saúde em nível municipal. Reforçando-os e atribuindo-lhes novas qualidades, o desempenho positivo das variáveis da dimensão “acesso” indica que os CMS também abrem espaços para a participação da população não-organizada e para que

conselheiros de todos os segmentos cheguem à presidência. (p.804)

Os conselhos e as conferências de saúde são mecanismos de comunicação entre serviço e comunidade importantes para planejar e avaliar políticas e ações setoriais de saúde, além de ser relevante, também, para democratização da política de saúde, pois amplia os atores que participam de processos decisórios. Entretanto, em tal espaço deliberativo, de reconhecida efetividade, por vezes são verificados, como destacado por Paim (2009) em entrevista em que faz um balanço dos 20 anos do SUS, se verifica certo oportunismo por parte dessas entidades que acabam comprometendo seu caráter democrático, fazendo emergir interesses pessoais ou corporativos.

Se possível afirmar que a Lei 8.142/90 assegura canais para a participação social institucionalizada em conferências e conselhos de saúde, constatam-se, ao mesmo tempo, um refluxo dos movimentos sociais no setor e a existência de obstáculos para a realização de uma cidadania plena, comprometendo a qualidade dessa participação em termos de representatividade e legitimidade, inclusive com a colonização desses espaços por interesses partidários, corporativos e de grupos. (p. 889)

O que se pode perceber nas estâncias de participação social no território é que os representantes já são engajados com as causas territoriais, pois se constituem de líderes comunitários ou participantes do movimento social local, o que torna essa participação mais representativa tratando de pessoas capacitadas a expressarem no momento oportuno à necessidade de saúde da população local. Tal característica de ação democrática não descarta a possibilidade de esses protagonistas da comunidade também serem aparelhados aos interesses pessoais ou partidários, como alertado por Paim.

CAPÍTULO II: O HISTÓRICO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

O termo Atenção Básica à Saúde (ABS), adotado no Brasil, difere daquele assumido internacionalmente Atenção Primária à Saúde (APS), embora tenham o mesmo significado. A APS pode ser uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder, de forma regional, em favor das necessidades de saúde de uma população. Isso não exclui a integração das ações preventivas e curativas, atuando no indivíduo e na coletividade.

No Brasil, a ABS incorpora os princípios da RBS, levando o SUS a adotá-la como forma de reorientação do modelo assistencial, seguindo a ideia principal de um sistema universal e organizado em Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A noção de saúde ampliada e contra a hegemonia médica nasceu a partir do movimento sanitário. Essa ideia maior de saúde contempla os propósitos da ABS voltada para a comunidade e o coletivo com a proposta inovadora de universalização da saúde.

Historicamente, a ideia de APS tenha sido utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento procurou divergir as ideias do modelo flexneriano americano de cunho curativo e fundado na atenção individual. O documento buscou também informar aos governantes ingleses, devido ao elevado custo da assistência à saúde, a complexidade da atenção médica e a sua baixa resolutividade.

O Relatório Dawson propõe a reestruturação dos serviços de saúde ingleses, e se baseia no princípio de que o Estado é provedor e controlador de políticas de saúde, sendo os serviços de saúde responsáveis por ações preventivas e terapêuticas em regiões específicas. (JÚNIOR, 1998, p.54)

O modelo flexneriano denominado assim após as repercussões e a amplitude dos efeitos provocados sobre a educação médica após a divulgação do relatório desenvolvido por Abraham Flexner, que buscou avaliar a educação das escolas de medicina dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá, propôs fundamentalmente a reforma das escolas médicas.

O relatório Flexner divulgado em 1910, propõe algumas ideias centrais. Nele, está apontado que, o ciclo clínico deve-se dar fundamentalmente no ambiente

hospitalar, pois ali se encontram as doenças, sendo ele lugar privilegiado para realização de pesquisas, devendo ser estudo da medicina centrado na doença de forma individual e concreta, ou seja, totalmente desvirtuado da valorização do trabalho multiprofissional e dos conhecimentos interdisciplinares, que se fazem necessário para enfrentar as necessidades de saúde das pessoas e comunidades.

Para a discussão o modelo flexneriano será identificado como o modelo da biomedicina ou modelo biomédico, e serão consideradas como suas características mais fortes a não contribuição para produção e socialização dos saberes das diferentes concepções de saúde-doença dos diversos grupos populacionais existentes em um determinado território, bem como a não consideração dos aspectos sociais, culturais e econômicos de uma população, resultando em uma atenção à saúde individualizada, ineficiente e pouca resolutiva.

O modelo flexneriano, ou a consolidação do modelo científico da medicina, foi criticado por alguns, destacadamente por Bertrand Dawson, que escreveu o denominado relatório Dawson.

O relatório de Dawson é principalmente centrado no território em saúde, na valorização da medicina preventiva e comunitária que acaba sendo totalmente contrário aos pensamentos capitalista e individualista de Flexner. O território propõe a organização de serviços para atenção integral à população, incluindo os serviços domiciliares apoiados por uma organização primária em saúde e com processos de referência bem estabelecidos e pactuados com outras instituições de saúde dentro do próprio território, cujo exemplo são os centros de saúde vinculados aos hospitais, destacando também a atuação profissional integrada.

Os relatórios possuem divergências entre si. Um voltado para a doença, o capital e restritamente ao individuo resolutividade parcial; outro, dirigido à orientações de organização e provisão de serviços de saúde para toda a população (KUSCHNIR e CHOMY, 2010). Partem, de forma distinta da separação entre Medicina Preventiva e a Curativa. Para Dawson os médicos generalistas eram capazes de atuar sobre os indivíduos e sobre as comunidades. Historicamente, no entanto, tais modelos de atenção à saúde respondem de forma clara suas divergências formando diretrizes e concepções diferenciadas até os dias atuais no cenário internacional e nacional.

Essa nova concepção influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, que definiu duas características básicas da ABS. A primeira é a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a

atender as diversas regiões nacionais, agindo na especificidade de cada território e nas necessidades de saúde da região, do individual e da coletividade. A segunda é a integralidade, que fortalece a ideia de atenção a saúde voltada para a resolutividade de todos os problemas que interferem na qualidade de vida dos sujeitos, desde ações preventivas e curativas a níveis mais complexos e de reabilitação.

A ideia de reorganização das instituições públicas de saúde em forma de sistema integrado de redes de serviços públicos ganha força no Brasil durante o período da RBS. Entretanto, em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética.

Na Conferência de Alma-Ata, foi proposto um acordo e uma meta a ser alcançada pelos países membros, para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da ABS. Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. A declaração, como foi chamado pacto assinado pelos 134 países, defendia a seguinte definição de ABS.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS/OMS, 1978, p.1)

2.1. Atenção Básica como ordenadora das redes de atenção à saúde no SUS

A respeito da organização da ABS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população em uma perspectiva interdisciplinar, onde o trabalho em saúde envolve as diversas práticas profissionais. Em tempos atuais, é possível defender que, para assegurar a perspectiva interdisciplinar indicada na Declaração de Alma-Ata, além dos médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares, agentes comunitários referidos, cabe a

inserção dos sanitaristas egressos da Graduação em Saúde Coletiva.

Os saberes das diversas profissões auxiliam para um bem comum à saúde do povo. Essa perspectiva cria um canal de comunicação entre as profissões de saúde onde são discutidos os projetos terapêuticos, as redes de atenção à saúde e a saúde individual e coletiva de determinada realidade. Não deixando de esquecer o papel fundamental da participação social na gestão e da avaliação e controle de suas atividades.

O desenvolvimento da Atenção Básica tem recebido destaque no sistema local de saúde brasileiro, haja vista que é uma maneira de ser ordenadora do cuidado em saúde contribuindo para a organização dos serviços em redes de atenção à saúde e que trata de uma área do SUS que não obteve avanços significativos desde a sua criação.

Faz-se necessário organizar os serviços de saúde para que esses consigam atender a demanda da população. A proposta de Sistemas locais de saúde (Silos) tem seu marco conceitual apresentado na XXII Conferência Sanitária Pan-Americana em 1986, onde a organização dos Silos não é vista isolada dos processos de democratização e descentralização do Estado. Representa uma resposta interna do setor saúde para lograr maior equidade, eficácia e eficiência de suas ações (OPAS, 1990). Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS):

[...] um Sistema Local de Saúde deve contemplar a estrutura político administrativa de um país, definir-se em um espaço populacional determinado, ter em conta todos os recursos para a saúde e desenvolvimento social existentes nesse espaço, responder aos processos de descentralização do Estado e do setor de saúde, às necessidades da população e à estruturação da rede de Serviços de Saúde, e organizar-se para facilitar a condução integral de ações. (1990, p.5)

A atenção à saúde na rede básica é marcada por processos de descentralização e apoiada por programas e arranjos inovadores. Além de ser protagonista na implementação das ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Entretanto apostar em um serviço de saúde que não esteja centrado no modelo hospitalocêntrico, onde acaba reproduzindo a medicina centrada na doença de forma individual e concreta, ou seja, totalmente desvirtuado da valorização do trabalho multiprofissional e dos conhecimentos interdisciplinares, que se fazem necessário para enfrentar as necessidades de saúde das pessoas e comunidades se torna um desafio para o SUS e contribui para consolidação do modelo tecnoassistencial.

A luta por um sistema público de saúde de qualidade, organizado e

orientado no sentido do interesse coletivo, resultou de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por diversos atores sociais que desencadeou na criação do SUS com o objetivo de criar um novo sistema público para solucionar os inúmeros problemas encontrados no atendimento à saúde da população e na sua demanda integral que o autor abaixo relembra a proposta:

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios. (PAIM, 2009, p.43)

O SUS completou 23 anos, ou seja, existe há pouco tempo e deve ser constantemente reajustado com a demanda da população, além de existir campos que não conseguiu avanços como a APS, ou ABS como é conhecida no Brasil. É uma forma de alcançar a organização do serviço de acordo com os autores:

[...] atenção primária como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar, e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde. (MACHADO e SILVA, 2009, p.23, MENDES, 1991, p.14)

O fortalecimento da ABS pode ocorrer através da consolidação de modelos tecnoassistenciais em saúde, que são formas de organizar e inovar a prática em saúde em um determinado território seguindo alguns conceitos que serão abordados adiante. É importante não deixar em evidência a causa da criação do SUS, que foi uma resposta à insatisfação e descontentamento existente em relação aos direitos de cidadania, acesso, serviços e forma de organização do sistema de saúde. Para reorientar essas demandas os:

Modelos assistenciais alternativos visam à integralidade de atenção à saúde, atentando fundamentalmente para as necessidades de saúde da população num dado território, e para o impacto sobre as mesmas. Portanto, proporcionam uma “oferta organizada” em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários e, conseqüentemente, uma reorientação da demanda. É o modelo proposto pelo SUS. (PAIM, 1993, p. 15)

O SUS tem o papel cuidar de todas as necessidades na área da saúde. E cuidar da saúde não é centrado em um modelo de atenção à saúde com foco apenas na

biomedicina. É preciso garantir vacinas à população, responder a demanda de saúde dos diversos grupos populacionais existentes em um território, combater as endemias e epidemias e outras doenças, entre outras. Dando, assim, resposta ao princípio da integralidade em saúde, ou seja, realizar todas as ações necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e da coletividade, desde níveis terciários a primários e reabilitação.

Acredita-se que uma maneira de alcançar a integralidade em saúde é através do fortalecimento da ABS. Segundo Paim (2011), a Atenção Básica tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças na comunidade. Para isso, existem estratégias organizacionais em particular a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia Saúde da Família. Essas duas intervenções fizeram parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS.

No receituário da 8ª Conferência Nacional de Saúde integralidade das ações de saúde é conceituado como os problemas de saúde definem-se na totalidade biopsicossocial de cada cidadão e de cada grupo social, seu enfrentamento deve dar-se na totalidade, superando-se as dicotomias preventivo-curativo, clínico-epidemiológico e individual-coletivo. (RAGGIO, 1992, p.55)

O modelo tecnoassistencial em saúde aborda vários conceitos para que exista qualidade no serviço de saúde para que a necessidade do usuário seja suprida, entre os conceitos são discutidos: a concepção de saúde-doença, a integralidade, a hierarquização, a unidade primária, as unidades de referência e a intersetorialidade capazes de protagonizar um cenário de ambientes mais saudáveis para todos.

2.2 A Estratégia de Saúde da Família: uma estratégia para o alcance da saúde

A concepção de saúde-doença mais ampliada está presente na Declaração de Alma-Ata que descreve as seguintes ações mínimas, necessárias para o desenvolvimento da ABS nos diversos Países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.

Tal Declaração representa uma proposta num contexto muito maior que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano e defende o aumento de políticas sociais para o desenvolvimento de populações vulneráveis.

A necessidade de reorientação do modelo assistencial surge fortemente durante o movimento sanitário brasileiro, rompendo com os paradigmas de saúde voltada para o capital e o médico. Porém, essa nova proposta deve ser definida em ações que são necessárias definir o que estão chamando de ABS dentro do SUS:

A ABS é um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. (BRASIL, 2006, p. 10)

O desafio é como conseguir alcançar, dentro dessa gama de atribuições da ABS, na realidade de trabalho e cotidiano da comunidade. Anteriormente conhecido como Programa de Saúde da Família (PSF), ganhou repercussão e passou a representar a reorganização do modelo de atenção à saúde, hoje intitulado como Estratégia de Saúde da Família, que amplia a cobertura populacional e reorganiza a rede de atenção.

A ESF aprofunda a noção de saúde dentro do território do sujeito e a responsabilidade sanitária das equipes de saúde, o papel do profissional que vive o cotidiano de vida da comunidade passa a ser um agente comunicador dos problemas de saúde e cria-se o vínculo amigável com o paciente, onde é possível ter um atendimento mais humanizado. A estratégia busca cumprir os princípios da APS, de forma a ser o primeiro contato da população às ações e serviços de saúde, com integralidade, ao longo do tempo e coordenando os usuários na rede de serviços. (STARFIELD apud OPAS, 2011, p 26)

De acordo com dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES), em 2010 haviam 31.500 equipes de saúde da família, 243.022 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 20.103 equipes de saúde bucal atuando em

todo o território nacional. Além disso, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja implantação se deu em 2008, representaram um marco importante na ampliação das possibilidades de alcançar melhores resultados em saúde, com o enfoque na promoção da saúde e no cuidado à população. São 1.250 NASF presentes em 806 municípios brasileiros.

Para que o modelo de atenção em saúde funcione de forma efetiva todo o complexo da saúde, ou seja, instituições locais de saúde devem estar bem referenciadas para a contra partida de se o cidadão precisar um serviço mais complexo ou que não seja solucionado na ABS esse deve ter um encaminhamento direto e a instituição receptora deve dar conta rapidamente de solucionar o problema, pois assim as redes de saúde conseguem atender de forma integral o paciente.

O trabalho em equipe na ESF e a articulação comunicativa entre profissional de saúde e paciente, além da interdisciplinariedade dos profissionais de saúde, são pontos positivos para alcançar um modelo de saúde integral, os profissionais buscam nas suas ações preventivas e de promoção da saúde a opinião do ACS. Ator esse que também se responsabiliza pela a vigilância em saúde em domicílio e do território.

A Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo MS, para reorientar o modelo assistencial do SUS, a partir da ABS (BRASIL, 1997). Ela pressupõe o princípio da vigilância à saúde, a inter e multidisciplinariedade e a integralidade do cuidado sobre a população reside na área de abrangência de suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 1998).

Figura 1 - Atributos da Atenção Primária à Saúde, adaptado de Starfield, 1992.



Fonte: OPAS Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 47.

A ESF também está ligada intrinsecamente ao papel principal da epidemiologia do território de saúde, tendo o objetivo de análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de suas práticas para enfrentamento das necessidades de saúde da população.

São compostas pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos e deve estar amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais. (CAMPOS e GUERRERO, 2010).

Além disso, para viabilizar suas ações, é necessário compor uma equipe multiprofissional com a participação de enfermeiro generalista, do médico, um ou dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (TEIXEIRA e COSTA, 2003; COSTA, 2003; BRASIL, 2006).

2.3 Construir o Sistema Único de Saúde através dos modelos tecnoassistenciais

Construir, pensar e avaliar as estratégias tecnoassistenciais inovadoras no âmbito da Atenção Básica à Saúde é dialogar com o projeto da RSB que traz para o presente momento a discussão do processo saúde-doença. Anteriormente, o entendimento de saúde era a ausência de doença, porém hoje já se compreendem que os cenários econômico, social e ambiental influenciam na saúde dos sujeitos e nos determinantes de saúde e que cada território existe necessidades em saúde diferentes.

As Estratégias Tecnoassistenciais no âmbito da Atenção Básica à Saúde condizem com o conceito de saúde da OMS, entendido como "situação de perfeito bem-estar físico, mental e social" da pessoa, ou seja, a busca da integralidade em saúde. Os profissionais de saúde centrados no modelo clínico e biomédico não possuem a visão ampliada de saúde que a OMS aborda e que os profissionais da Saúde Coletiva trabalham de forma a atuar nas necessidades da população.

Hoje, com 23 anos de existência é, razoavelmente, considerado uma política social em processo de construção. É notável que não é um sistema consolidado e que deve ser constantemente repensado, a fim de cumprir seu papel social. Mesmo com sua construção histórica, não nos faz necessário dispensar esforços para encontrar campos em que o SUS ainda não foi capaz de produzir avanços significativos, como

reorientação do modelo tecnoassistencial e o reconhecimento das práticas integrativas de saúde.

A partir dos gargalos do SUS dados em mais de 23 anos de construção também podemos assegurar que o fortalecimento da ABS é necessário para efetivação dos princípios do SUS. A atenção básica foi desenvolvida para efetivar um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A ampliação das discussões a respeito do modelo de atenção a saúde atual que se tem mostrado comprometido com diversos interesses individuais ou corporativistas, exceto com a saúde da população começa desde o processo fazer ensino na saúde. As instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (Feuerwerker, 2002; Feuerwerker, Llanos e Almeida, 1999).

Como Merhy (1997, p. 71-72) aborda que necessariamente o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho demonstra “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil.

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde, faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos ou grupos. (MERHY, 2000, p.2)

O modelo assistencial, conforme destaca Merhy et al (2005), consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade.

Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico curativo e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando

sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda (PAIM, 1999).

Por isso, a ESF e EACS, estratégias de saúde capazes de intervir na saúde de forma ampliada, é o que esses profissionais fazem cotidianamente, que é saúde dentro do território e de contexto social, econômico, ambiental e cultural.

O trabalho dos profissionais de saúde voltado para agir na comunidade deve ter interlocução entre a realidade social e outros aspectos que extrapolam a saúde, com as questões da segurança e violência. Essas demandas aparecem dentro de uma rotina de trabalho que os modelos de atenção à saúde e os protocolos dos serviços e das políticas não conseguem alcançar.

Cotidianamente através dessas demandas os profissionais devem estar em estreito dialogo para resolver questões que interferem na saúde da população. A ESF tem a capacidade de inovar a saúde cotidianamente, já que demandas surgem ou ações são realizadas sem demandas mais a partir de um problema que foi diagnosticado através do monitoramento da realidade de saúde local.

Não há uma inovação do ponto de vista tecnológico, mas no “jogo de cintura” que o serviço ao buscar se adaptar para atender as demandas da população perceptível quando se concentra em entender a dinâmica dos serviços dentro de uma instituição de saúde básica.

A ESF procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões inovadoras.

2.4 A inovação na rede de Atenção Básica

Apostar em um modelo de saúde que acabe somente aumentando os serviços que hoje são vistos com ineficiência a fim de atender toda a demanda reprimida e que ainda vai aparecer não é o caminho para consolidação do SUS, facilitará na criação de um círculo vicioso onde os custos irão aumentar.

É necessário inovar já que vivenciasse um processo dinâmico social que reflete em grandes mudanças na sociedade, que dizem respeito à pirâmide etária brasileira e aos problemas sociais, demográficos e ambientais, que se encontram

cotidianamente em plena alteração.

Para efeito desse estudo, a inovação em saúde não será entendida como uma ação incorporada do ponto de vista do conhecimento científico tecnológico e econômico, mas como uma alternativa de responder, de forma efetiva, as necessidades de saúde da população, seja com ações na comunidade, adaptação ao meio de trabalho e mecanismos de interlocução entre comunidade e profissionais de saúde.

De acordo com a OPAS (2011), por meio de publicação feita pelo Laboratório de Inovação sobre o Papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde, as necessidades de saúde não se resolvem aumentando a oferta de modo indiscriminado. Deve-se começar a introduzir novas práticas, novos instrumentos, novas maneiras de realizar a atenção à saúde; de forma mais integrada, eficiente e equitativa. Como no próprio estudo referencia o significado de inovação para a gestão em saúde:

Isso é o significado profundo da inovação na gestão em saúde: introduzir mudanças que resultem num melhoramento concreto e mensurável. Esse melhoramento pode envolver diferentes áreas da gestão, como o desempenho, a qualidade, a eficiência e a satisfação dos usuários. (p.10)

Para definir o que é inovação, escolheu a de WEST (1990), citada por Omachonu e Einspruch, onde afirma que inovação é:

[...] a intencional introdução e aplicação num grupo ou organização de ideias, processos, produtos ou procedimentos, novos para a unidade que os adota, destinada a produzir benefícios significativos para indivíduos, grupos ou à comunidade em geral.

(WEST apud OPAS, 2011, p.1)

Essa definição destaca o valor ampliado de saúde e da inovação, com destaque para o fato de que o que interessa não é apenas o fato de ser uma proposta nova ou de ser uma mudança tecnológica, mas os benefícios que a intervenção inovadora produz para a realidade dos indivíduos ou para a coletividade.

Figura 2 - Atributos da inovação

Fonte: OPAS Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 14.

Na área da saúde, as ideias, os processos ou produtos que caracterizam uma inovação podem ser entendidos como ações de promoção e prevenção, processos de organização do trabalho ou estratégias que buscam no cotidiano e na realidade de trabalho fazer viável uma política funcionar sem que seus aspectos normativos estejam totalmente adequados aquela realidade.

Por exemplo, para a implantação das equipes de SF existem protocolos a serem seguidos, porém um protocolo pode não existir numa determinada realidade de saúde local e que os responsáveis locais devem arrumar uma forma de responder o normativo. Para incorporar uma inovação na saúde devem-se ter elementos do quadro abaixo:

Figura 3 - Inovação na área da saúde



Fonte: OPAS Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 16.

Desde a perspectiva do processo, podemos distinguir a inovação incremental e inovação radical. A inovação incremental (linear, evolutiva) melhora práticas, instrumentos ou procedimentos que já existem, ampliando suas abrangências e suas efetividades ou a qualidade de seus impactos. A inovação radical (não-linear, de transformação) requer o abandono de uma “velha” prática, e sua substituição por uma prática “nova”, com possível criação de novos atores (e novos mercados), trazendo aumento do valor agregado para os usuários ou outros atores estratégicos (HARVAD,2003).

Neste sentido as inovações produzidas pelos profissionais na rede de ABS de Ceilândia, especificamente as equipes de saúde da família, desempenham um diferencial em resposta às necessidades de saúde, sendo o incremento para mudanças no sistema de organização e no serviço prestado à comunidade vulnerável socialmente.

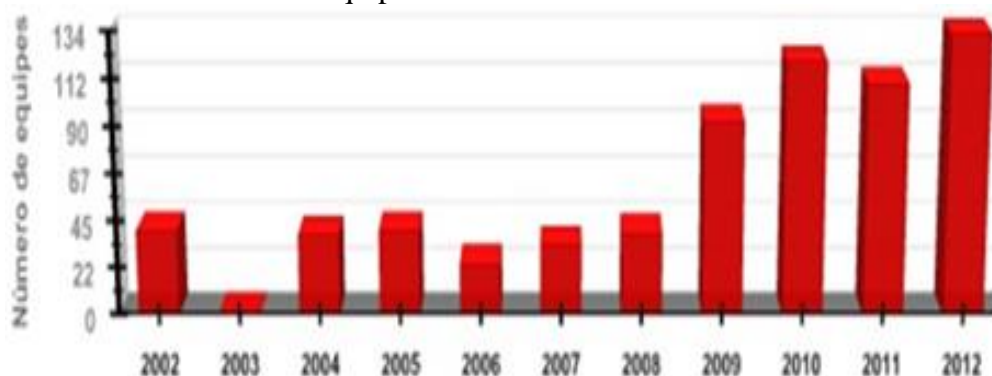
CAPÍTULO III: CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO DA PRÁTICA

Atualmente, Ceilândia está subdividida em diversos setores: Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, QNQ, QNR, Setores de Indústria e de Materiais de Construção e parte do INCRA (área rural da região administrativa), setor Privê e condomínios que estão em fase de legalização como o Pôr do Sol e Sol Nascente.

A realidade dos condomínios Pôr do Sol e Sol Nascente, localizados na região de Ceilândia, é que são áreas desprovidas de políticas públicas sociais e por ser tratar de uma população em um contexto social de vulnerabilidade, é necessária uma atenção à saúde integral e de qualidade, capaz de assegurar a integralidade em saúde, considerando os aspectos econômicos, sociais e ambientais da coletividade, e não somente o diagnóstico, aspectos curativos e a reabilitação dos indivíduos que acaba traduzindo o modelo assistencial médico hegemônico.

Ceilândia é a cidade mais populosa do DF com aproximadamente 398.374 habitantes, sendo que a média de moradores por domicílio urbano é de 3,76 pessoas. (CODEPLAN, p. 14, 2010/2011). O DF segundo os dados disponíveis na sala de situação do MS fonte da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) em 2013 a população é de 2.648.532 habitantes, o número de UBS é de 167 existentes e 25 em construção com uma população coberta 465.612 (16%).

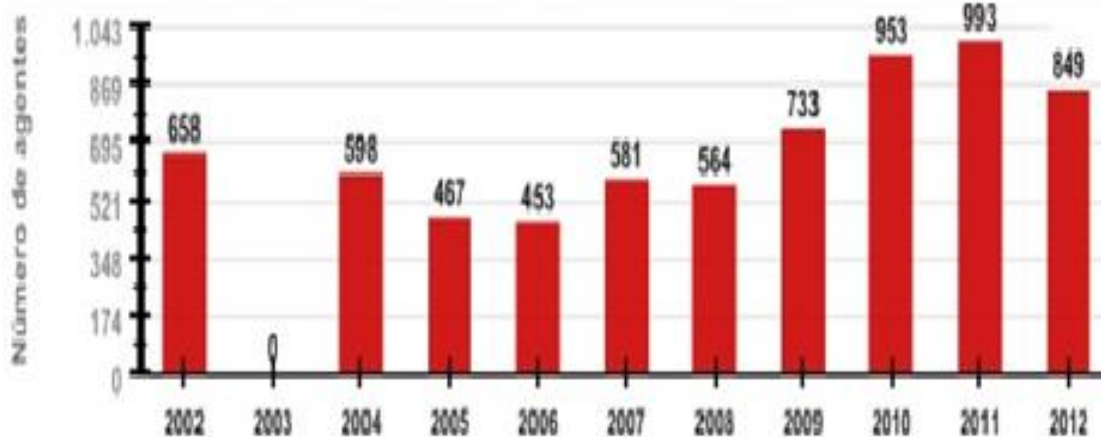
Gráfico 1 – Número de Equipes da Saúde da Família no Distrito Federal – 2002 a 2012



Fonte: DAB/SAS/MS, 2012.

O Gráfico 1 dispõe sobre os avanços da Estratégia Saúde da Família ao longo dos anos como pauta do Governo do Distrito Federal (GDF), porém ainda pode ser considerada uma média baixa na cobertura das famílias. Ressaltando que as equipes estão localizadas somente em localidades de intensa vulnerabilidade social. Percebe-se que no gráfico no ano de 2012 o número de equipes aumenta comparado a anos anteriores, o que explica o interesse da agenda governamental Regional e Federal para chegar ao modelo de saúde integral e centrado no território, mostrando que devemos continuar fortalecendo a ABS e consolidando mais equipes.

Gráfico 2 – Número de Agentes Comunitários de Saúde no DF – 2002 a 2012



Fonte: DAB/SAS/MS, 2012.

Analisa-se, a partir dos dados apresentados no Gráfico 2, que o número de ACS para a cobertura populacional do DF tem oscilações frequentes o que prejudica o atendimento a população. Tendo constantes oscilações no número desses profissionais.

Dados do Relatório Regional de Ceilândia dezembro – de dezembro de 2012, demonstram que no território da Regional existem no total 14 Equipes Saúde da Família consistidas pelo SCNES e 9 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde consistidas pelo SCNES.

Tais equipes têm a responsabilidade de buscar soluções e arranjos institucionais capazes de produzir as mudanças necessárias na forma de atender às necessidades de saúde da população. Ao estudo compete identificar, no âmbito local, as estratégias e formas inovadoras que os profissionais da rede veem praticando nesse sentido e, a partir da percepção dos próprios profissionais e usuários destacarem essas alternativas, uma vez que a baixa cobertura verificada reforça a ideia de que essa busca de soluções para qualificar a atenção é relevante.

Dessa forma, é importante compreender de que forma os conceitos e as problematizações acima desenvolvem no dia-a-dia no contexto da Atenção à Saúde na perspectiva da Estratégia Saúde da Família em Ceilândia, haja vista, que temos uma baixa cobertura populacional da ESF no Distrito Federal e no território estudado. Entretanto, antes de afirmar que a baixa cobertura é uma necessidade do SUS-DF precisa compreender como estão organizadas as práticas das Equipes Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, postos que elas são fortes atores na busca pela integralidade em saúde.

CAPÍTULO IV- CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO REALIZADO

4.1. Justificativa

Desde a criação do SUS e de suas conformações históricas ocorrem constantes processos para assegurar o princípio de integralidade em saúde, acredita-se que é possível alcançá-la por meio das Equipes Saúde da Família, que devem utilizar tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco e vulnerabilidade social.

Desenvolver esse tipo de estudo é afirmar que o modelo de saúde incorporado no Distrito Federal não consegue atender de forma integral a população. A busca pelo conhecimento para que o fortalecimento da Atenção Básica no Distrito Federal reflète a necessidade local de acreditar em um modelo de atenção à saúde voltado para os aspectos sociais, culturais, ambientais e econômico.

Nesse estudo, a ABS é assumida como potencializadora de um modelo de atenção à saúde capaz de ordenar o cuidado em saúde e organizar os serviços de saúde, visando a resolutividade dos problemas de saúde com foco nas suas necessidades, demandas e compreendendo os diversos cenários e saberes em saúde com práticas simples, porém inovadoras.

Uma maneira de contemplar as demandas de saúde é pela ABS, mais especificamente pela ESF, que no cotidiano, vivência a população no seu distrito sanitário, que contempla os conceitos de território e condições de saúde. O papel do ACS consegue ampliar o diálogo com a população, bem como sobre a compreensão acerca do contexto social local, além de fortalecer as possibilidades de vínculo e responsabilização.

Feita uma análise na literatura, identificou-se formas de alcançar a integralidade em saúde uma delas é considerar a Atenção Básica como ordenadora do cuidado no SUS para que o sujeito não necessite futuramente recorrer a um serviço de maior densidade tecnológica, alta complexidade, acaba que os hospitais fiquem lotados e marcados pela precarização, filas gigantescas e população insatisfeita.

Apostar em um novo modelo de atenção a saúde é resgatar o objetivo do projeto da RSB, que atualmente foi esquecido. O modelo atual acaba não atendendo as

demandas da população desde os aspectos de diagnóstico, clínicos e de reabilitação, até mesmo a promoção da saúde e a prevenção de doenças na ABS. É necessário fortalecer a APS para consolidar os princípios do SUS, de maneira que os profissionais de saúde se sintam engajados nesse processo de trabalho de forma integrada, sendo atores capazes de erradicar a centralidade no modelo hospitalocêntrico contemporâneo, deve-se consolidar novos modelos de atenção à saúde, capazes de atender de forma efetiva as necessidades da população, buscando a integralidade em saúde, centrado na coletividade e no contexto de vida do indivíduo.

Por isso, a importância de buscar dentro do serviço experiências inovadoras, já que é notável que o SUS ainda não é um sistema consolidado e que deve ser constantemente repensado, a fim de cumprir seu papel social. Mesmo com sua construção histórica, não nos faz necessário dispensar esforços para encontrar campos em que o SUS ainda não foi capaz de produzir avanços significativos, como reorientação do modelo tecnoassistencial e o reconhecimento das práticas integrativas de saúde.

4.2 Hipóteses da pesquisa

De início é conhecer as práticas tecnoassistenciais que acontecem na rede de Atenção Básica de Ceilândia.

Acredita-se que durante a rotina de trabalho dos gestores e profissionais de saúde das Equipes Saúde da Família consistidas em Ceilândia existem práticas de saúde pensadas, executadas e posteriormente avaliadas a fim de suprir a necessidade de saúde da população de forma inovadora no âmbito da ABS e que não estão escritas em protocolos.

Nesse mesmo sentido, o modelo tecnoassistencial, com foco na integralidade, é importante para a consolidação de estratégias em saúde com qualidade. Embora seja um conceito de fácil compreensão, na prática é de difícil execução. No caso de Ceilândia, no âmbito da Atenção Básica, os sujeitos buscam organizar a atenção à saúde na perspectiva da integralidade a fim de organizar e inovar as práticas de saúde.

4.3 Objetivos da pesquisa

Objetivo Geral

- Identificar as experiências inovadoras de Atenção à Saúde praticadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Atenção Básica de Ceilândia.

Objetivos Específicos

- Levantar as experiências das equipes da Estratégia de Saúde da Família e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde consideradas como inovadoras na perspectiva dos profissionais de saúde.
- Caracterizar os elementos das práticas estudadas que possam contribuir para a consolidação do modelo tecnoassistencial em saúde que tenha como foco a integralidade.

4.4. Metodologia

O presente trabalho é de natureza descritiva, com abordagem qualitativa. Utilizou-se a abordagem qualitativa, pois proporciona uma interpretação da realidade a partir da perspectiva do indivíduo, trabalhando, assim, com um universo de significados, valores, crenças e atitudes (MINAYO, 2007). Para auxiliar as atividades utilizou-se ainda a técnica de rodas de conversa que foram convidados a participar os profissionais de saúde, gestores e lideranças comunitárias para levantamento das experiências consideradas como inovadoras na perspectiva desses sujeitos.

A escolha de realizar um estudo de abordagem qualitativa e com uso da técnica de roda de conversa advém da necessidade de escutar os participantes de modo a evitar a censura de sua participação, tornando o processo o mais dinâmico e construtivo.

A técnica pretendeu incentivar a participação e a reflexão dos diversos atores envolvidos, a fim de buscar consolidar condições para um diálogo entre os participantes, onde se deve preservar a circulação da palavra para que todos sintam protagonistas do estudo. Como capta a importância desse método no trecho do texto:

As rodas de conversa, metodologia bastante utilizada nos processos de leitura e intervenção comunitária, consistem em um método de participação coletiva de debates acerca de uma temática, através da criação de espaços de diálogo,

nos quais os sujeitos podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. Tem como principal objetivo motivar a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação. Envolve, portanto, um conjunto de trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos nesta metodologia. (NASCIMENTO e SILVA, 2009, p.1).

O universo da amostra do estudo é composto pelos profissionais das nove Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde atuantes nos Centros de Saúde nº 8 e nº 9, de Ceilândia, das quais são 1 EACS e 5 ESF no Centro 8 e 1 EACS e 2 ESF, no Centro nº 9; gestores dos Centros de Saúde referidos e usuários dessas unidades. A amostra do estudo se constituiu de profissionais das Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde atuantes nos Centros de Saúde nº 8 e nº 9, consistidas no SCNES em dezembro de 2012. De acordo com o Relatório Regional de Ceilândia, nesta data, nos Centros de Saúde referidos, existiam 5 ESF no Centro nº 8, 1 EACS e 1 ESF no Centro nº 9. Desses, serão sujeitos do estudo os que aceitarem as condições para participação e assinarem o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Com isso, os sujeitos da pesquisa foram aqueles membros das equipes da Estratégia de Saúde da Família e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde constituídas dos Centros de Saúde nº 08 e 09, de Ceilândia, gestores das unidades básicas e usuários.

Para realização da roda de conversa foram definidas e utilizadas questões norteadoras, visando alcançar os objetivos gerais e específicos do estudo, também para funcionar como orientação da roda.

A roda foi documentada por meio da utilização de câmera fotográfica, filmadora e gravador de voz. Sua composição foi, em cada Centro de Saúde, um profissional de cada Equipe de Saúde seja ESF ou EACS, um gestor da unidade e dois usuários, totalizando um número aproximado por roda de conversa de oito pessoas para o Centro nº 8 e de cinco pessoas para Centro nº 9.

A coleta de dados para análise do estudo foi feita a partir das transcrições das falas dos encontros realizados com os sujeitos participantes da pesquisa e de anotações observadas e anotadas em um diário de campo.

Figura 4 - Roda de conversa Centro de Saúde Nº 08 de Ceilândia 1.



Durante a realização das rodas de conversa, foram levantados os perfis profissionais e de usuários respondentes através de um instrumento de coleta de dados, com objetivo principal de traçar o perfil dos sujeitos participantes.

No instrumento para levantamento desse perfil constavam dois blocos: a) os dados referentes às características gerais, que inclui nome, idade, estado civil, naturalidade, sexo e nível de escolaridade; b) os dados referentes às características de trabalho, que inclui categoria profissional, a forma de ingresso por concurso, vínculo precário de trabalho, satisfação com o vínculo de trabalho, tempo de trabalho na UBS por meses, carga horária de trabalho e se possui especialização na área.

Posteriormente foram comparados os dados dos diversos profissionais participantes segundo a categoria profissional.

O participante respondeu o questionário depois da Roda de Conversa. Não existiu obrigatoriamente, um tempo pré-determinado para responder ao questionário. Foi respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Além de informado que pode se recusar a responder qualquer questão que lhe for trazer constrangimento.

Os dados coletados no instrumento do perfil dos envolvidos foram dimensionados no *Software* Epi Info para uma análise dimensionada em gráficos ou tabelas.

De acordo com Silveira & Neto (2009:189) o Epi Info é um pacote de programas desenvolvido pelo *Centers for Disease Control and Prevention* dos Estados Unidos da América, que contém programas específicos para a criação de bancos de dados, entrada e análise desses dados, bem como a criação de relatórios.

Além de incluir a produção de documentos em fotografias, transcrição da roda e a própria monografia editados em uma produção consolidada a ser disposto na divulgação via correio eletrônico para os participantes da pesquisa.

Para cumprir questões éticas nas transcrições e gravações de imagem o pesquisador usará de códigos para identificação de falas de cada participante feitas durante a roda. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP-FS) da Universidade de Brasília, número do parecer 334.855, CAAE 15360313.6.0000.0030 e no Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), número do parecer 284.565, CAAE 16031013.8.0000.5553 o que permitiu a entrada no cenário de campo da pesquisa.

Anteriormente ao início das atividades e a devida aplicação da metodologia de trabalho desenhada para essa pesquisa, foram realizadas visitas aos Centros de Saúde nº 08 e nº 09 de Ceilândia com intuito de verificar, junto aos gerentes, a possibilidade de realização do estudo e estabelecimento de comunicação com o público estratégico da pesquisa. Desse modo, realizou-se, também, discussões, a cerca das datas viáveis com intuito de otimizar a participação dos sujeitos identificados como potenciais participantes da pesquisa.

Após esses encontros as gerentes colocaram a disposição os contatos dos coordenadores de cada equipe de SF para que eles se ocupassem da comunicação com o grupo, a partir daí os convites para participação nas rodas foram feitos pessoalmente com o grupo de equipes de cada CSC e acordada, as datas para contribuição de todos na roda.

O CSC nº 09, em um primeiro momento, indicou participação e interesse na pesquisa. O grupo pesquisador preparou toda a logística e se dirigiu ao local para realização da roda de conversa, porém os participantes não compareceram o que inviabilizou a pesquisa nesse cenário. Não prejudicando a realização da pesquisa, pois como critério de inclusão estava previsto que seriam sujeitos do estudo os que aceitassem as condições para participação, com devida assinatura do TCLE.

O grupo do CSC nº 09 ficou de entrar em contato com o pesquisador já que os profissionais das ESF dessa localidade tinham incompatibilidade de horário entre eles mesmos, porém isso não ocorreu o que foi interpretado como desinteresse na proposta e atividades dessa intervenção política, conceitual e educacional.

A partir daí o pesquisador se dirigiu ao CSC nº 08, o qual os profissionais também estavam entre o público-alvo, e a roda de conversa aconteceu como previsto.

Houve a participação de sete pessoas, a roda ocorreu na sala de reuniões das próprias equipes de SF localizada no Laboratório Regional de Ceilândia e teve duração de aproximadamente de uma hora e vinte minutos.

Os participantes estavam divididos em três enfermeiros coordenadores da equipe 20, 19 e 18, a gerente do CSC 08, dois agentes comunitários de Saúde da equipe 20 e uma técnica de enfermagem. Não houve participação social devido à dificuldade de comunicação entre os pesquisadores e os representantes da comunidade.

A roda iniciou com uma apresentação pessoal do pesquisador e explicação detalhada da proposta do estudo e do método escolhido para coleta dos dados. Após esse momento, foi lido em voz alta o TCLE e o termo de uso de imagem e voz e perguntado se todos aceitavam participar da pesquisa. Todos aceitaram e assinaram os termos para cumprimento dos aspectos éticos. Dessa forma teve início a gravação em áudio e imagem da roda.

A apresentação pessoal dos participantes veio logo em seguida acompanhada das informações referentes à equipe a qual pertence e a atividade profissional que desempenha naquele cenário de trabalho. Após a integração do grupo participante a roda começou com algumas questões esclarecedoras como o conceito amplo de saúde que o estudo corrobora e o motivo da escolha daquele cenário para a realização daquela intervenção já que é uma UBS localizada em um território de vulnerabilidade social. Essa condição de vulnerabilidade e suas consequências na produção e no processo de trabalho em saúde se constituem um desafio, conforme destacado por Oliveira e Furlan (2008):

Os desafios contemporâneos se expressam nos territórios pela complexidade e amplitude dos problemas que aportam os serviços de saúde na atenção básica, de norte a sul do País. Problemas como a violência no campo e na cidade não deixam de fazer presença incessante nos serviços de saúde. A questão há muito deixou de ser reconhecer se são ou não questões para a atuação dos trabalhadores e gestores da saúde. De uma forma ou de outra, os serviços de saúde estão, cada vez mais, recebendo “casos” que expressam a realidade social dos territórios nos corpos e nas vidas das pessoas. Essa realidade crua vem provocando angústia e sentimento de impotência nesses trabalhadores e gestores. (p.242)

CAPÍTULO V: RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante os primeiros momentos da roda surgiram aspectos relacionados à problemática vivenciada por eles cotidianamente e o cenário político e social que estão inseridos. Trata de profissionais engajados com a saúde da população e da perspectiva da resolutividade de alguns problemas de saúde por meio da Atenção Básica à Saúde. Embora foi perceptível na fala de uma das participantes que se trata de um território que necessita de atenção à saúde eficiente e de forma integral:

“S. (enfermeira): É complicado, o Sol nascente como você falou é uma área de grande vulnerabilidade então são vários universos inseridos dentro dessa região. São pessoas que tem necessidade simples como necessidades mesmo de restabelecimento da saúde. Temos pessoas doentes, vulneráveis, temos pessoas de todos os tipos. Nós fazemos ações junto com área para promover educação, informação, orientações e assistência dentro das nossas possibilidades e das condições que a gente ta inserido também. Então tentamos vários meios de pensar a questão da saúde do adulto, a criança, da gestante, quando tem programas a gente tenta entrar na comunidade levando o máximo de informação e orientação a fim de amenizar a grande necessidade que essa população tem. Então a gente faz palestra, orientações, reuniões, visitas, as visitas são realizadas pelos nossos agentes, pelo enfermeiro pelo médico. Mas a gente também tem problemas porque a gente não ta inserido dentro da área e tem o fator da distância mas dentro desse contexto a gente ta tentando suprir e amenizar os diversas necessidades da população específica.”

Figura 5 - Roda de conversa Centro de Saúde Nº 08 de Ceilândia 2.



Em seguida colocou-se para a roda o interesse de conhecer as experiências que eles praticam no cotidiano de trabalho e como eles respondem a demanda da sociedade, da comunidade e que não estejam protocoladas na política ou na própria ação. A partir daí foram surgindo novas redes de informação e comunicação entre pesquisador-participante e participante-participante, o discurso de um sujeito foi completado por outro participante da roda. Durante a roda também pode perceber que os sujeitos participantes lembravam experiências interessantes a partir do relato de outro tornando, assim, um processo que lembra uma teia de informações onde cada um tem o seu papel e seu significado.

A roda de conversa foi capaz de se tornar para o estudo um dispositivo para uma compreensão ampliada da relação saúde e trabalho. Entendido como um novo modelo de produção de conhecimento que realiza a interlocução entre pesquisadores e trabalhadores da saúde. Conforme aborda Mori, Silva e Beck (2009):

Este novo modelo de produção de conhecimento - relação entre saberes “formais” dos pesquisadores (acadêmicos/científicos) e saberes “informais” dos trabalhadores - aparece como uma nova forma de fazer pesquisa no ambiente de trabalho e de interpretar o processo saúde e doença. Denominado de Comunidade Científica Ampliada (CCA), ao invés de ignorar ou desqualificar a experiência dos trabalhadores, o saber científico dialoga com o saber operário, tendo, como ponto de partida, a pesquisa sobre o local de trabalho. Buscava-se compreender as condições e as dinâmicas que podem gerar o sofrimento e conduzir ao adoecimento, bem como as estratégias que esses trabalhadores criam no seu dia-a-dia de afirmação de saúde e de vida. (p.722)

Alguns pesquisadores preferem denominar esse novo modelo de produção de conhecimento como um conjunto capaz de constituir um espaço de troca das experiências e a construção de estratégias coletivas. Por outra expressão: Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP). (MORI et al, 2009).

Com o cenário da pesquisa ampliado os profissionais foram se engajando na proposta e aos poucos foram surgindo questões interessantes para o estudo e que de certa forma ajudaria para o alcance dos objetivos. Como a experiência relatada como inovadora por parte de um dos participantes e sugerida também por outros:

“R. (enfermeiro): [...] as visitas do ACS são visitas diárias periódicas e não há necessidade de estar sempre agendada e a visita do médico do enfermeiro qualquer outro membro da equipe é uma visita que a gente realiza que é agendada. Porque a gente faz isso? Se você sai daqui para uma visita que não

esta agendada você corre o risco de chegar até a residência do usuário e nesse momento que você chega você não encontra. Então a gente faz esse pré-agendamento anterior.”

A experiência relatada sinaliza uma maneira que os profissionais optaram em produzir na organização do serviço e dos processos de trabalho, uma inovação na saúde. Uma forma de se adaptar o serviço à realidade de saúde local. O cenário é de uma UBS que não fica no seu território adscrito e que nenhuma equipe participante da roda está localizada dentro da sua micro-área. Para as visitas das equipes é necessário ter disponível o suporte de veículos de transporte, o que muitas das vezes não estava disponível, exigindo que o profissional se deslocasse e não encontrasse ninguém na residência.

Segundo o estudo Havard Business (2003) essa experiência inovadora pode ser traduzida como uma inovação incremental, que é aquela que melhora práticas, instrumentos ou procedimentos que já existem, ampliando suas abrangências e suas efetividades ou a qualidade de seus impactos. Ela melhorou a cobertura dos usuários por parte dos serviços dos enfermeiros e médicos diminuindo as ditas viagens perdidas.

Outra profissional concordando com a experiência indica primeira como inovadora lembra o porquê que essa estratégia foi pensada:

“S. (enfermeira): O que vai valer é a disponibilidade da pessoa, como eu falei, se eu sei que está inserida dentro da comunidade da população, é certo, é melhor, mas a gente ta fora fica longe para gente ir lá e não ter ninguém e ter que voltar. Em uma manha a gente não consegue fazer mais que 2 visitas, dependendo da área, é distante. Então tem que ser programado nesse aspecto. Tanto a população ta esperando o profissional de saúde, como outros recursos. Como outros recursos de transporte que é necessário para poder.”

Houve uma adaptação dessa alternativa para poder contemplar a população com a visita do profissional, assegurando que visita atenda a necessidade da população, fortalecendo o princípio da integralidade em saúde. A rede de ABS abrange outras complexidades e a partir desse agendamento pode se encaminhar casos para outro serviço de saúde mais complexo.

Um dos desafios do SUS de criar processos onde os profissionais possam trabalhar de maneira interdisciplinar, onde cada profissional é valorizado pelo seu saber durante um momento de discussão em saúde, é visto como real potencializador dessa nova ação, porém para se caracterizar como uma inovação é necessário ter uma

avaliação ou uma escuta qualificada dos usuários que durante essa roda não teve participação, por problema relatado anteriormente. Entretanto, indicam-se novos estudos nessa perspectiva de acompanhar de perto esse processo de agendamento vivido na prática desses profissionais e dessa população contemplada com esse tipo de intervenção.

Figura 6 - Roda de conversa Centro de Saúde Nº 08 de Ceilândia 3.



É importante ressaltar que durante a roda foi relatado várias vezes que o papel do ACS é de grande importância para a execução das tarefas e o seu posicionamento durante os mecanismos de conversa das equipes é levado em consideração. Já que o ACS é quem traz a necessidade do agendamento é o elo direto com a população.

A necessidade de avaliação dessa intervenção é perceptível na fala de um dos participantes, e a avaliação de como essa medida melhorou para os profissionais não é descartada, uma vez que compromete a ação, como destacado na fala a seguir:

“R. (enfermeiro): Não precisaria a gente ta pegando um carro para está se locomovendo. Apesar de que visita de paciente de PSF, independente de que você esteja dentro da micro área, da localidade, tem que ser uma visita pré agendada. Você tem que agendar anteriormente. Porque se não você corre o risco de você ir e não encontrar aquele usuário. Já aconteceu, semana passada eu desci chegando lá o usuário não estava. Para amanhã mesmo eu já agendei uma visita, ta agendado. Quer dizer se chegar lá ele não estiver. Mas ele está sabendo que nós vamos amanhã.”

Outra experiência levantada por um das participantes se relaciona com a intersectorialidade na saúde, que se trata da parceria das equipes com outras instituições que não se direciona somente à saúde, mas que pode ser potencial para o alcance integral dentro de um território e para a qual não se têm protocolos estabelecidos para essa relação.

“A. (enfermeira): [...] tem duas semanas que eu desci do Centro de Saúde para cá. Por exemplo, o que eu fazia lá para ta suprindo, questão das reuniões educativas, o que eu fazia muito parceria com localidades dentro da micro área. Procurava igreja, espaço que desse para gente realizar, por exemplo, reunião, então firmar parceria com o pastor ou com o padre que tivesse na igreja e realizava a palestra lá. Porque, se a gente marcar a palestra lá no Centro eles não iriam, por causa da distancia, e até marcando dentro da micro área, marcava por micro área, a gente ainda tinha um absentismo muito grande.[...] na igreja que a gente pega, mesmo assim tem absentismo muito grande. [...] Então a gente vê também que a comunidade ainda ta muito ligada a consulta médica, da mesa médica aqui, eu ali e a consulta com médico e acabou. Peguei minha receita vou para casa. [...]Eles pensam muito no “A médico, quero consulta, quero pronto socorro, quero ver o médico, quero a receita” eles ainda tem muito essa visão. E isso que a gente ta tentando ainda mudar, já mudou muita coisa, de quando a gente chegou para cá, já mudou muito. Mas ainda ta engatinhando com relação a isso..”

Notou-se, durante a roda, que os profissionais estão trabalhando em prol de uma saúde ampliada, mas que a população ainda não reconheceu a importância da prevenção e da promoção da saúde. Embora isso venha mudando, o que persevera é o modelo centrado no hospital e na figura do médico. Portanto, têm-se experiências inovadoras por parte do serviço, mas a população nega essas práticas. Como na fala a seguir:

“L. (gerente): A população parece que a gente sente, que não entende a equipe de saúde demande para ela e entende que ela que tem que demandar para equipe de saúde. É ela que tem que chegar aqui e dizer eu “to sentindo um dor”, “eu to sentindo isso”, “to sentindo aquilo” e “eu quero uma

consulta”, “ela quer exame”.

O desafio da reorientação do modelo tecnoassistencial em saúde não é realizado somente por intermédio do envolvimento dos profissionais com a mudança do modelo hegemônico hospitalocêntrico. Os usuários do sistema devem se atentar também para essa proposta indutora de RAS. Para isso, indica-se que os profissionais realizem ações não somente sobre promoção e prevenção, mas de divulgação dos seus serviços e da proposta de organização e do SUS integral.

Outra experiência levantada e que merece destaque para o estudo foi a que apontou a capacitação dos ACS para ser o interlocutor entre comunidade e serviço de forma eficiente. A abordagem do ACS é de cunho delicado, já que esse se envolve na vida social do indivíduo. A equipe profissional do CSC nº 8 está atenta a essa importância do ACS, perceptível em uma das falas:

“S. (enfermeiro): [...] nossos Agentes estão sendo capacitados. Nossas metas de reunião de equipe é capacitar para que ele vá com uma visão mais aprimorada, um olhar mais crítico, voltado também para as necessidades da população, nossos agentes não são da área de enfermagem, nos temos administradores, bacharéis em direito, uma boa formação, mas não da área de saúde. Então eles as vezes não tem um olhar tão direcionado para ta orientando essa população e ta trazendo aquele resultado. E a gente ta trabalhando, também, nossa meta agora para o segundo semestre é revisar a capacitação do pessoal para que ele seja cada vez mais aprimorado, mais crítico.

A busca da capacitação do ACS e da valorização dos saberes dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família representa um marco importante, pois veem a percepção da atuação inter e multidisciplinar das equipes. Esse arranjo de trabalho ajuda na consolidação da integralidade em saúde. É esperado que todas as equipes e profissionais tenham esse olhar de onde está a necessidade, onde o profissional tem que intervir para ajudar nas discussões de grupos.

A respeito da discussão que corrobora a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde, capaz de suprir as demandas da população e de atingir de forma efetiva nos determinantes sociais de saúde, é indispensável a importância da participação social e do controle social. Entretanto, no cenário estudado, a partir de uma das falas, vemos que é um ponto que não avançou ainda.

L. (gerente): No Centro de Saúde tem um conselho que falta um pouquinho, que tá muito assim, que está muito desarticulado, porque muitas pessoas que eram do conselho a gente não consegue localizar então muitas pessoas não conseguem localizar, outras não têm interesse em participar mais.[...] Falta um líder comunitário, aquela pessoa que fala pela população, que atende as necessidades que mostre que seja a voz pública da área, pelo menos a 20 não conta com esse representando do povo. Seria um grande apoio, porque junto com a comunidade, o profissional de saúde poderia agir no foco da necessidade, porque a gente fica que nem formiguinha cavando quais necessidades. Se existisse um representante ele levaria essas demandas e a gente trabalharia dentro das possibilidades para atender. Então a gente ainda fica buscando quais as necessidades para gente ver o retorno.

Os elementos da prática estudada, como a participação social, a capacitação profissional e esse diálogo permanente das equipes e a intersetorialidade, são indutores a contribuir para a consolidação do modelo tecnoassistencial em saúde que visa alcançar a integralidade. Já que envolve toda a necessidade em saúde dos sujeitos em um contexto ampliado de saúde, contra hegemônico e que atende a população de forma humanizada.

O processo de interação estabelecido pela dinâmica de grupo, ou seja, durante a roda os profissionais de saúde mais hierarquizados buscavam também direcionar as questões para os Agentes Comunitários de Saúde participantes, a fim de auxiliar o registro da visão desses profissionais, uma vez que, no momento oportuno, os mesmos não estavam participando em discurso, porém estavam ativos nos relatos dos outros profissionais e algumas vezes buscavam complementar a fala de algum outro participante.

A metodologia da pesquisa conseguiu alcançar de forma satisfatória o seu arranjo para o estudo, pois possibilitou a criação de um cenário dinâmico, participativo e de colaboração onde o pesquisador apenas direcionou a roda e os participantes foram os protagonistas do cenário de pesquisa.

Identificados os pontos positivos da metodologia é importante ressaltar que a participação de um único pesquisador responsável pelo direcionamento das questões da roda representou uma dificuldade, sentindo falta de um participante mediador que fique designado somente para problematizar ou referenciar questões que os próprios participantes levantavam a partir do direcionamento levantado pelo pesquisador.

Após a realização da roda foi pedido para que eles respondessem um questionário simplificado para traçar o perfil dos participantes da roda. Por meio desses dados coletados, se pode traçar um perfil geral dos profissionais participantes:

profissionais jovens, com idades entre 25 a 35 anos, na sua maioria solteiros (cinco), sendo apenas dois deles casados, com nível superior elevada, já que seis dos sete respondentes tinham graduação, e um o ensino médio.

A segunda parte do questionário buscou identificar algumas características do trabalho. Quanto à categoria profissional, quatro são enfermeiros(as), dois são Agentes Comunitários de Saúde e um era Auxiliar de Enfermagem. Todos responderam que entraram por concurso público, 60% (Desvio-padrão, 5477) respondeu que não tem vínculo precário de trabalho, 83,3% (Desvio-padrão, 4082) diz satisfeito com o trabalho e somente um deles respondeu que possui especializações na área.

Contudo, observa-se que o CSC n° 08 é uma unidade ainda recente, necessitando de um tempo para os profissionais conseguirem avançar nos campos que ainda não conseguiram e aprimorar suas práticas de atenção à saúde para alcance da integralidade.

Sugere-se novos estudos que possam acompanhar por um período maior de tempo as experiências inovadoras na atenção básica de saúde de Ceilândia, ainda que já se tenha elementos para afirmar que esse cenário de Ceilândia é propulsor de experiências interessantes de serem estudadas e relatadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conceituar saúde de forma ampliada é assegurar a população uma saúde pública capaz de resolver suas necessidades no seu próprio território. Isso se dá através da atenção básica onde deve se ter um sistema resolutivo e referenciado para outros níveis de complexidade caso o indivíduo demande.

As experiências identificadas no estudo representam inovação na área da saúde e esses serviços, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e arranjos de processos de trabalho fazem com que se produzam ambientes mais saudáveis para a população, refletindo na saúde e no atendimento da comunidade. As inovações relatadas no estudo contribuem para a percepção de que a atenção básica é um modelo de atenção à saúde centrada na vida cotidiana do território em saúde e capaz de produzir e incorporar processos e intervenções inovadoras.

Observa-se profissionais de saúde engajados e que entendem a noção ampliada de saúde, ao contrário do modelo biomédico predominante. Embora a população não reconheça ainda completamente a proposta de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, esse processo cultural vem produzindo mudanças positivas.

Destaca-se também a necessidade dos profissionais levantarem discussões acerca da reorganização dos serviços e se atentarem para a proposta de redes de atenção à saúde, que facilita a comunicação institucional da saúde nos territórios, possibilitando acompanhamento preciso da situação de saúde individual e coletiva. É uma forma de organização de serviço que tem por objetivo promover benefícios para a comunidade, facilitando, também, o entendimento do indivíduo a respeito de onde procurar determinados serviços de saúde. Essa proposta reafirma o conceito de integralidade em saúde.

Por fim, vale ressaltar a importância das práticas inovadoras para alcançar a integralidade em saúde, de forma geral responder as necessidades de saúde da população. Com intuito de ampliar a resolutividade do sistema e destacando a vigilância em saúde, há necessidade do uso adequado da epidemiologia, das práticas de

organização do serviço e da avaliação das práticas por aqueles que participam dos processos, os profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AROUCA, S. **Reforma Sanitária.** Disponível em: <<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em 28 junho. 2013.

BERWICK, D.M. (2003) Disseminating innovations in health care. *JAMA* 289(15): 1969-1975. In: University of Birmingham. **Promover e incorporar a inovação: aprendendo com a experiência.** Serviço Nacional de Saúde. Midlands Orientais. p10.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.** Diário Oficial da União (DOU) 20 de set. 1990; Seção 1 (Pt 1): 18055-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 45p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Sistema Único de Saúde (SUS): **princípios e conquistas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva.** – Brasília: Ministério Saúde, 2000. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Sistema Único de Saúde (SUS): **princípios e conquistas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva.** – Brasília: Ministério Saúde, 2000. 44p.

BRASIL. **Pesquisa Distrital Por Amostra de Domicílios – Ceilândia – PDAD 2010/2011 CODEPLAN.**

CALDAS, E. L.; ELLER, E. P. **Programa Paidéia de Saúde da Família.** Campinas:

Prefeitura Municipal, 2003.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. 115p.

CAMPOS, G.W.S. **Vigilância Sanitária: responsabilidade pública na proteção e promoção da saúde**. In: Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, 1., 2001, Brasília. Cadernos de textos. Brasília: ANVISA, 2001.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECÍLIO, L. C. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.) **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS- UERJ - Abraco, 2001. p.113-26.

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

FEUERWERKER, L. M. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

GOMES NASCIMENTO, M. A. G.; SILVA MOREIRA, C. N. **Rodas de conversa e oficinas temáticas: experiências metodológicas de ensino-aprendizagem em geografia**. Pôster: 10º congresso nacional de prática de ensino em geografia. Porto Alegre, 2009. 1p.

HARTZ, Z. M. A; CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Integralidade de atenção a integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004.

HARVARD BUSINESS ESSENTIALS. **Managing Creativity and Innovation**. Boston, MA: Harvard Business School Press; 2003. In: OPAS Inovando o papel da

Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p.12.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate**. Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2307-2316, 2010.

MACHADO, C. B; SILVA M. G. C. **Glossário de gestão em saúde: terminologia para uso na gestão**. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará, 2009.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida**. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 117-160.

MERHY, E. E. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção**. 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Praxis en salud: un desafío para lo público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007,

MOREIRA, M. R; ESCOREL, S. **Conselhos municipais de saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):795-805, 2009.

MORI, M. E.; SILVA, F. H.; BECK, F. L. **Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de cogestão: uma aposta no plano coletivo**. *Interface Comunicação Saúde Educação* v.13, supl.1, p.722, 2009.

OLIVEIRA, G. N. e FURLAN, P. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território In: CAMPOS, G. W. S. e GUERREIRO, A.V.P. (Org). **Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. v. 2000. 405p.

OMACHONU, V.K., EINSRUCH, N.G. **Innovation in Healthcare delivery systems: a conceptual framework.** In: OPAS Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p.11.

OPAS. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformacion de los sistemas nacionales de salud.** In: SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** Washington: OPS, 1990, p.5-20. (Publicación Científica, 519).

OPAS. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.p. 1-50.

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

PAGLIOSA, F. L; AURÉLIO DA ROS, M. **O relatório flexner: para o bem e para o mal.** Santa Catarina Brasil: Revista Brasileira de Educação Médica. 2008. 32 (4): 492-299p.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p. (Coleção Temas em Saúde).

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Publicado Online 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8. p.21.

PAIM, J.S. **Políticas de descentralização e atenção primária a saúde.** In: Rouquayrol & Almeida. Epidemiologia & Saúde. 5ª Edição. MEDSI, Rio de Janeiro, 489 – 503, 1999.

RAGGIO, A. M. B. Conceito da integralidade. In: SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: HUCITEC, 1997. 94p.

Relatório de Estudos Comparados. **Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México.** Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP/UnB). 1ª edição 2010.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: HUCITEC, 1997. 143p.

SILVEIRA, E. A.; NETO, E.R. **Especialização em epidemiologia.** Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública. – Goiânia: FUNAPE/CIAR, 2009.189p.

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

STARFIELD, B. **Primary Care: concept, evaluation and policy.** New York: Oxford Univ Press; 1992. In: OPAS Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco Brasil/ Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA; COSTA, 2003; BRASIL, 2006. In: FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família: diretrizes e fundamentos.** UNASUS UNIFESP, 2010. 64p.

TIDD, J.; BESSANT, J.; PAVITT, K. **Managing innovation: integrating technological, market and organizational change.** West Sussex: John Wiley e Sons, 2005. In: OPAS Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

VAISTMAN, J.; MOREIRA, M.R.; COSTA, N. R. **Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: “Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)”.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):899-901, 2009.

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), das Rodas de conversa do estudo intitulado Estratégias Tecnoassistenciais na Atenção Básica à Saúde: Organizar e Inovar as Práticas de Atenção à Saúde com foco na Integralidade a ser realizado pela Universidade de Brasília aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - FEPECS/SES-DF. Esse estudo faz parte de um Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva, que envolve docente e discente. O objetivo desses encontros é identificar as experiências inovadoras de Atenção à Saúde praticada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Atenção Básica de Ceilândia.

O trabalho será realizado através de rodas de conversa com profissionais de saúde e gestores vinculados as Equipes da Estratégia Saúde da Família local, lideranças e usuários. Se você decidir participar, os encontros terão aproximadamente uma hora e meia de duração, serão fotografados, filmados e gravados em áudio. Você pode deixar de participar a qualquer tempo sem nenhum prejuízo.

Sua participação auxiliará no entendimento de como as Equipes Saúde da Família estão se organizando e com isso poderá contribuir em possíveis transformações na qualidade das práticas de saúde, efetivando a integralidade em saúde.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer dos nossos encontros e lhe asseguramos que o uso das imagens e identificação dos participantes estarão estritamente relacionados ao objetivo da proposta. O resultado desse trabalho poderá ser divulgado em revistas e eventos científicos.

Sua assinatura a seguir indica que você leu este termo de consentimento, esclareceu suas dúvidas e livremente concordou em participar das Rodas de Conversa nos termos acima indicados. Esse documento será assinado em duas vias. Uma delas e sua e a outra é do profissional responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

Desde já agradecemos muito a sua colaboração.

Atenciosamente,

Eu, _____, RG _____,
CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar das Rodas de Conversa do estudo intitulado Estratégias Tecnoassistenciais na Atenção Básica à Saúde: Organizar e Inovar as Práticas de Atenção à Saúde com foco na Integralidade. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a proposta, os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantindo que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção. Autorizo o uso de imagens e som para fins de divulgação do trabalho.

Brasília, ____ de _____ de 2013.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

ANEXO II - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DA IMAGEM E SOM DE VOZ

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “Estratégias Tecnoassistenciais na Atenção Básica à Saúde: Organizar e Inovar as Práticas de Atenção à Saúde com foco na Integralidade”, sob responsabilidade de Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira vinculado(a) ao/à Universidade de Brasília – UnB, Faculdade de Ceilândia aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - FEPECS/SES-DF.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em eventos profissionais e/ou acadêmicos, atividades educacionais.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO III - CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DAS RODAS DE CONVERSA

Prezado (a) Gerente:

Gostaríamos de contar com a participação e apoio dessa Gerência CSC08 para a realização de um estudo intitulado "Estratégias Tecnoassistenciais na Atenção Básica à Saúde: Organizar e Inovar as Práticas de Atenção à Saúde com foco na Integralidade". A pesquisa, submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP-FS) da Universidade de Brasília e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa - FEPECS/SES-DF se constitui um Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Saúde Coletiva.

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo voltado à identificar as experiências inovadoras de Atenção à Saúde praticadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) no âmbito da Atenção Básica de Ceilândia. Pretende levantar as experiências das equipes da ESF e EACS consideradas como inovadoras na perspectiva dos profissionais de saúde e caracterizar os elementos das práticas estudadas que possam contribuir para a consolidação do modelo tecnoassistencial em saúde que tenha como foco a integralidade.

Esse trabalho será conduzido pelo estudante Joaquim Pedro Ribeiro Vasconcelos e orientado pela prof^a Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira.

Para a realização das rodas de conversa, técnica adotada para levantamento dos dados da pesquisa, gostaríamos de convidá-la a participar do trabalho e de seu apoio na convocação dos profissionais das **equipes 17, 18, 19, 20 e 21 da Estratégia de Saúde da Família**, sob sua responsabilidade.

A roda tem uma previsão de duração de cerca de **uma hora e meia**, podendo ser realizada no próprio Centro de Saúde. Pretende-se que na roda tenha 3 participantes de cada equipe, 1 gestor e 2 usuários, a serem identificados e convidados pela gerência. Todo o trabalho será documentado e, em cumprimento às exigências dos Comitês CEP-FS e FEPECS/SES-DF, dependerá da autorização do uso de imagem e som, da aceitação em participar do estudo e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A data preferencial para sua realização seria o dia **18 de junho**, pela manhã ou tarde, a depender da conveniência e disponibilidade dos participantes.

Esse trabalho foi inspirado no estudo de Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais em Saúde, em andamento e do qual a rede de atenção à saúde de Ceilândia participa, realizado com o apoio do Ministério da Saúde e implementado por universidades públicas federais dos estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Paraíba, Amazonas, Bahia, Distrito Federal e

pelo município de Campinas/SP.

No aguardo da confirmação da data e do turno para realização da roda de conversa, agradecemos antecipadamente todo o apoio dessa gerência.

Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira

Joaquim Pedro Ribeiro Vasconcelos

Ciente: ____/____/____ Assinatura: _____

ANEXO IV - ROTEIRO NORTEADOR PARA A RODA DE CONVERSA

- 1º) Fazer uma breve apresentação pessoal
- 2º) Explicar a proposta do estudo e da roda de conversa
- 3º) Ler em voz clara o termo de consentimento e o termo de uso de imagem
- 4º) Perguntar se eles aceitam participar, que a roda será gravada em áudio e filme respeitando os aspectos éticos deve-se assinar o TCLE e o Uso de imagem e voz do projeto. Cada documento em duas vias uma para o pesquisador e outra para o participante.
- 5º) Apresentação pessoal de cada participante da roda (Nome, Função, Equipe).
- 6º) No início da roda de conversa
 - ▲ Explicar o porquê da escolha daquele cenário no caso os Centros de Saúde e aqueles profissionais daquelas equipes de saúde da família
 - ▲ Perguntar quais experiências os profissionais consideram inovadoras de Atenção à Saúde na Atenção Básica de Saúde de Ceilândia e que merece ser destacada por eles.
 - ▲ Perguntar o que caracteriza inovação na experiência que eles relataram
 - ▲ Qual o impacto visível que eles enxergam das Estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde na saúde da população e no território
 - ▲ No sentido da organização do trabalho existe algo diferente que eles produzem que não está protocolado em documentos e políticas para as estratégias.
- 7º) Aplicar o questionário de perfil dos participantes da roda de conversa
- 8º) Finalizar a roda agradecer o apoio e participação e passar um lista para que eles coloquem o e-mail para divulgação do trabalho final, da fotografia e da gravação em vídeo.

ANEXO V - QUESTIONÁRIO PERFIL DOS PARTICIPANTES DA RODA DE CONVERSA

QUESTIONÁRIO – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA RODA DE CONVERSA

Nº do Questionário: _____

Você está sendo convidado(a) a participar do questionário do estudo intitulado Estratégias Tecnoassistenciais na Atenção Básica à Saúde: Organizar e Inovar as Práticas de Atenção à Saúde com foco na Integralidade, pertencente ao Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - FEPECS/SES-DF, cujo objetivo é identificar as experiências inovadoras de Atenção à Saúde praticada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Atenção Básica de Ceilândia.

Esse questionário tem como objetivo conhecer o perfil dos sujeitos profissionais de saúde e gestores participantes das Rodas de conversa envolvidos na pesquisa citada.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identifica-lo(a). O resultado desse trabalho poderá ser divulgado em revistas e eventos científicos.

Você poderá responder o questionário antes, durante ou depois da Roda de Conversa. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para você.

Sua assinatura a seguir indica que você leu este termo de consentimento, esclareceu suas dúvidas e livremente concordou em responder o questionário. Desde já agradecemos muito a sua colaboração.

Atenciosamente, _____

Assinatura do participante: _____

Contatos:

Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – (61) 3325-4955

Clélia Maria Ferreira Parreira – cleliaparreira@unb.br – (61) 9618-4274

Joaquim Pedro Ribeiro Vasconcelos – jpedrounb@gmail.com – (61) 8214-6739

Características Gerais

- 1.1- Nome (opcional): _____
- 1.2- Idade: _____ 1.2.1 – Estado Civil _____
- 1.3- Naturalidade: _____ Sexo: M F
- 1.4- Nível de Escolaridade
- Nunca Estudou Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior

Característica do Trabalho

- 2.1 Categoria Profissional: _____
- 2.2 Ingressou por concurso? Sim Não
- 2.3 Vínculo precário de trabalho? Sim Não
- _____
- 2.4 Satisfação com vínculo de trabalho? Sim Não
- 2.5 Tempo de trabalho na UBS (meses)? _____
- 2.6 Carga Horária de Trabalho? _____
- 2.7 Especializações na área? Sim Não
- _____

Se sim, Quais?

**ANEXO VI - PARECERES CONSUBSTANCIADOS DOS COMITÊS
DE ÉTICA EM PESQUISA DA FEPECS/SES-DF E DO CEP/FS-UNB**



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS TECNOASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
ORGANIZAR E INOVAR AS PRÁTICAS DE
ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA INTEGRALIDADE

Pesquisador: Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16031013.8.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 284.565

Data da Relatoria: 27/05/2013

Apresentação do Projeto:

A atenção domiciliar tem se desenvolvido no Brasil como um modelo de atenção voltado para o cuidado em saúde no domicílio, na qual estabelece a assistência contínua e integral para o paciente e sua família, possui custos menores que a atenção hospitalar e uma preocupação com a humanização da assistência. Esta possibilita a desospitalização do paciente que se encontram internados nos serviços de saúde, evita hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto socorro e apoia as equipes saúde da família no cuidado a aqueles pacientes que necessitam de atenção à saúde prestada no domicílio (BRASIL, 2012). Desse modo, a escolha do tema foi influenciada pela experiência no Estágio Supervisionado de Saúde Coletiva I no projeto de intervenção desenvolvido no Centro de Saúde nº 08, e pela participação em um projeto de extensão na área de atenção domiciliar (Melhor em casa: desospitalizando pela atenção no domicílio, na qual a partir da vivência no cotidiano dos serviços foi observado a necessidade desenvolver uma abordagem que estimula à ação intersetorial e interações entre trabalhadores e usuários nos serviços de saúde. A AD precisa ser integrada a Rede de Atenção a Saúde para que assegure ao paciente o acesso aos serviços de saúde, a integralidade do cuidado e a universalidade. Isso é evidenciado na Portaria nº 2.527/11, a que define a organização da AD no âmbito do Sistema Único de Saúde,

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 284.565

expõe que os serviços de AD tem a função de cuidar dos pacientes em domicilio, de colaborar a fazer a gestão do cuidado destes e executar a articulação dos níveis de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as experiências inovadoras de Atenção à Saúde praticadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Atenção Básica de Ceilândia.

Objetivo Secundário:

Levantar as experiências das equipes da Estratégia de Saúde da Família e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde consideradas como inovadoras na perspectiva dos profissionais de saúde. Caracterizar os elementos das práticas estudadas que possam contribuir para a consolidação do modelo technoassistencial em saúde que tenha como foco a integralidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo proposto pode identificar práticas inovadoras ou julgadas inovadoras pelos profissionais que não necessariamente podem expressar uma prática regulamentada de funcionamento de um serviço ou da sua profissão. Em função disso pode ocorrer de alguns profissionais recearem relatar tais experiências considerando eventuais consequências negativas dessa informação, embora o estudo pretenda cuidar para que não seja criada

nenhuma situação que possa levar a futuro constrangimento ou desqualificação da experiência relatada e do profissional participante.

Benefícios:

Desde a criação do SUS e de suas conformações históricas ocorrem constantes processos para assegurar o princípio de integralidade em saúde, acredita-se que é possível alcançá-la por meio das Equipes Saúde da Família, que devem utilizar tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco e vulnerabilidade social. Desenvolver esse tipo de estudo é afirmar que o modelo de saúde incorporado no Distrito Federal não consegue atender de forma integral a população. A busca pelo conhecimento para que o fortalecimento da Atenção Básica no Distrito Federal reflète a

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 284.565

necessidade local de acreditar em um modelo de atenção à saúde voltado para os aspectos sociais, culturais, ambientais e econômico. Através desse estudo a ABS pode ser entendida como potencializadora de um modelo de atenção à saúde que consiga ordenar o cuidado em saúde e organizar os serviços de saúde, visando a resolutividade dos problemas de saúde com foco nas suas necessidades, demandas e compreendendo os diversos cenários e saberes em saúde com práticas simples, porém inovadoras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Atenção Básica de Ceilândia/Distrito Federal, levantando, por meio do uso da técnica de rodas de conversa, as experiências consideradas como inovadoras na perspectiva dos profissionais de saúde. Além de caracterizar os elementos das práticas estudadas que possam contribuir para a consolidação do modelo technoassistencial em saúde que tenha como foco a integralidade

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As Pendências foram atendidas.

Recomendações:

Apresentar Relatório Final ao término do Projeto através da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 284.565

BRASILIA, 27 de Maio de 2013

Assinador por:
luiz fernando galvão salinas
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS TECNOASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
ORGANIZAR E INOVAR AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA

Pesquisador: Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15360313.6.0000.0030

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 334.855

Data da Relatoria: 11/07/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo faz parte de um Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia. Trata-se de estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, que faz uso da técnica de rodas de conversa com profissionais de saúde, gestores e lideranças comunitárias locais para levantamento das experiências consideradas como inovadoras na perspectiva desses sujeitos. O estudo pretende, ainda, caracterizar os elementos das práticas estudadas que possam contribuir para a consolidação do modelo tecnoassistencial em saúde que tenha como foco a integralidade. Os encontros serão gravados e, durante a realização das rodas de conversa, serão levantados os perfis profissionais e de usuários respondentes.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar as experiências inovadoras de atenção à saúde praticadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Atenção Básica de Ceilândia-Distrito Federal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo proposto pode identificar práticas inovadoras ou julgadas inovadoras pelos profissionais que não necessariamente podem expressar uma prática regulamentada de funcionamento de um serviço ou da sua profissão. Em função disso pode ocorrer de alguns profissionais recearem relatar

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

Fax: (61)3307-3799

E-mail: cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 334.855

relatar a busca pelo conhecimento para que o fortalecimento da Atenção Básica no Distrito Federal reflète a necessidade local de acreditar em um modelo de atenção à saúde voltado para os aspectos sociais, culturais, ambientais e econômico. Através desse estudo a ABS pode ser entendida como potencializadora de um modelo de atenção à saúde que consiga ordenar o cuidado em saúde e organizar os serviços de saúde, visando a resolutividade dos problemas de saúde com foco nas suas necessidades, demandas e compreendendo os diversos cenários e saberes em saúde com práticas simples, porém inovadoras. Tais experiências considerando eventuais consequências negativas dessa informação, embora o estudo pretenda cuidar para que não seja criada nenhuma situação que possa levar a futuro constrangimento ou desqualificação da experiência relatada e do profissional participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O universo e amostra tornam a pesquisa exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador corrigiu devidamente o TCLE e a autorização para uso de imagem e voz foi ajustada e o universo e amostras foram apresentadas.

Recomendações:

O pesquisador cumpriu todas as pendências apontadas pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador cumpriu todas as pendências apontadas pelo CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

Fax: (61)3307-3799

E-mail: cepfs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 334.855

BRASILIA, 16 de Julho de 2013

Assinador por:
Natan Monsores de Sá
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br