

## Inovação na Atenção Básica à Saúde: O trabalho cotidiano da Estratégia Saúde da Família em Ceilândia

Innovación en Atención Primaria: El trabajo diario de la Estrategia Salud de la Familia  
en Ceilândia

Innovation in Primary Health Care: The daily work of the Family Health Strategy in  
Ceilândia

Joaquim Pedro Ribeiro Vasconcelos<sup>1</sup>, Clélia Maria de Sousa  
Ferreira Parreira<sup>2</sup>

**Resumo:** As estratégias inovadoras produzidas no dia a dia dos serviços de atenção básica à saúde são capazes de reorientar as ações e práticas que envolvem o cuidado do paciente/comunidade e o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde. Dessa maneira, o objetivo principal deste estudo foi identificar as experiências inovadoras de atenção à saúde das equipes de Estratégia de Saúde da Família em Ceilândia-Distrito Federal. O estudo foi descritivo, de abordagem qualitativa, utilizando-se o método de roda de conversa, cujos participantes foram: profissionais e gestores. Os usuários foram convidados, mas não houve participação no estudo. Foi possível identificar que há, no cotidiano, práticas inovadoras que

transcendem as que estão priorizadas nos atos normativos, destacando: o agendamento prévio nas residências pelos Agentes Comunitários de Saúde, assim como sua capacitação, que melhora de forma significativa o acompanhamento da situação de saúde da região; e as parcerias intersetoriais realizadas no território adscrito. Acredita-se que este estudo poderá contribuir para investigações em profundidade de estratégias inovadoras, as quais podem ajudar no alcance da integralidade em saúde, que em cada território deverá respeitar as especificidades regionais no que se refere aos aspectos organizacionais, econômicos, sociais e culturais.

**Palavras-chave** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Integralidade em Saúde.

**Resumen:** Las estrategias innovadoras producidas en un servicios de salud básicos del día a día para la salud son capaces de

<sup>1</sup> Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), Mestre em Ciências e Tecnologias em saúde pela UnB, Especialista em Gestão Pública pela Faculdade Albert Einstein. Email: vasconcelosjpr@gmail.com.

<sup>2</sup> Possui Graduação em Pedagogia (1991), Mestrado em Educação (1995) e Doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília (2003). Email: cleliaparreira@unb.br.

reorientar las acciones que implican el cuidado de pacientes y el acceso a los servicios del Sistema Único de Saúde. Por lo tanto, el principal objetivo este estudio fue identificar experiencias innovadoras en la atención sanitaria de los Equipos de Estrategia de Salud de la familia de Ceilândia Distrito Federal. El estudio fue aproximación descriptiva, cualitativa, utilizando el método de la rueda de la conversación cuyos participantes eran profesionales, gestores y usuarios. Fue posible identificar que las prácticas del diario que trasciende que son prioridad en las disposiciones normativas, que son: la cita previa en los hogares de los trabajadores de la comunidad y, así como su formación, que mejora significativamente el control de la situación de salud en la región; y las asociaciones intersectoriales establecidos en adscrito territorio. Se cree que este estudio puede contribuir a la investigación en profundidad de las estrategias, tales estrategias pueden ayudar en el logro de la amplitud de la salud, que en cada territorio debe ser respetado a las particularidades en lo que respecta a los aspectos organizativos, económicos, sociales y cultural.

**Palabras Clave** Atención primaria de salud; Estrategia de salud de la familia; Integralidad en salud.

**Abstract:** Innovative strategies produced on daily primary health care services are able to reorient interventions and practices involving patient care/community and access to services of the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde – SUS*). The main objective of this study was to identify innovative experiences in health care conducted by the Family Health Strategy in Ceilândia, in the Federal District, Brazil. It was a descriptive, qualitative approach study, using the conversation circles method, and having health professionals and managers. Users were invited but there was no participation in the study. It was possible to identify that in the daily work there are innovative practices that transcend those prioritized in the normative acts, highlighting: the previous appointment in homes by Community Health Workers, as well as their training, which significantly improves the monitoring of the health situation in the region; and intersectoral partnerships established in the adscript territory. It is believed that this study may contribute to further in depth research on innovative strategies, which may help in achieving health integrality that in each territory should respect regional specificities regarding organizational, economic, social and cultural aspects.

**Key words** Primary Health Care; Family Health Strategy; Integrality in health.

## Introdução

O modelo assistencial 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<sup>(1)</sup>. A ampliação das discussões a respeito do atual modelo de atenção à saúde tem mostrado o comprometimento com diversos interesses individuais ou corporativistas que acabam por excluir o real interesse, que é a saúde da população.

Apesar das instituições formadoras de profissionais de saúde terem perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico<sup>(2)</sup>, no arcabouço da Atenção Básica à Saúde (ABS) existe uma política pública de saúde com outra visão de assistência e cuidado, conhecida como Estratégia de Saúde da Família (ESF), diferenciada pelo modelo assistencial centrado no usuário e na comunidade. Nela propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leves<sup>(1,6)</sup>,

capaz de assegurar ações de acolhimento, vínculo com o serviço e resolução dos problemas de saúde em comunidades vulneráveis<sup>(5,7)</sup>.

Essa estratégia do Ministério da Saúde (MS), criada em 1994, pressupõe o princípio da vigilância à saúde e o trabalho em equipe interdisciplinar<sup>(3)</sup>. A integralidade exige que a atenção básica reconheça adequadamente a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para solucioná-las<sup>(4)</sup>. Essas equipes contam com a participação de enfermeiro generalista, médico, um ou dois auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)<sup>(7,8-9)</sup>.

A ESF encontra-se ligada, intrinsecamente, ao papel principal da epidemiologia no território de saúde, tendo por objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de suas ações para enfrentamento das necessidades dos usuários. 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<sup>(5)</sup>.

Nesse sentido, para ampliar a qualidade de vida e a saúde da população é necessário atuar com uma escuta cultural

qualificada e conhecer as demandas e necessidades de cada comunidade, a fim de alcançar a integralidade em saúde. Essa perspectiva procura reorientar as ações de saúde, com ênfase nas práticas de educação e promoção da saúde, trabalhando os conteúdos de forma crítica e contextualizada<sup>(13)</sup>, sendo a ESF potencial transformador para atendimento das necessidades das pessoas<sup>(4)</sup>.

Cotidianamente, entre as demandas rotineiras no trabalho, às vezes as políticas de saúde e os protocolos não conseguem alcançar as demandas dos usuários ou não representam as necessidades da comunidade, condicionando os profissionais a ficarem em estreito diálogo para resolver questões que interferem na assistência à saúde. Entende-se que as atuações/discussões das equipes têm capacidade de inovar na assistência à saúde, visto que demandas surgem ou ações são planejadas/realizadas a partir das demandas da comunidade.

Dessa forma, não há uma inovação do ponto de vista tecnológico, mas no “jogo de cintura” do cotidiano que os profissionais produzem ao buscarem se adaptar para atender às demandas da população. A respeito das diferentes concepções de inovação aplicadas à saúde, destaca-se que, como tem sido tradicionalmente associada a avanços na

prática clínica<sup>(11)</sup>, por consequência, fica como responsabilidade dos médicos essa identificação de inovação. Entretanto, o pensamento aqui construído é que a inovação não está centrada somente em aspectos tecnológicos, mas também pode ser entendida como a capacidade de resolutividade dos problemas e do acolhimento das demandas de saúde da população por meio de estratégias que busquem cumprir o princípio de integralidade em saúde.

Construir, pensar e avaliar estratégias tecnoassistenciais inovadoras no âmbito da ABS é dialogar com o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), trazendo para a atualidade a discussão do processo saúde-doença. O modelo de atenção centrado no usuário, tecnoassistencial, leva em consideração os determinantes e condicionantes da saúde, indicando-os não apenas como a ausência de doenças, mas como todo o contexto envolvendo os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco ao indivíduo ou à coletividade<sup>(12)</sup>.

O trabalho em equipe multiprofissional da ESF, a articulação comunicativa entre os profissionais e usuários do sistema, e a

interdisciplinaridade das suas ações e intervenções são pontos positivos para alcançar um modelo de saúde tecnoassistencial. Destaca-se nesse processo a importância fundamental do ACS – elo entre os serviços de saúde e a comunidade –, sendo que esses atores também são responsáveis pela vigilância em saúde, trabalhando no domicílio de forma individual ou na comunidade, visando à coletividade.

A partir dessa problemática, o presente estudo tem como objetivo identificar as experiências inovadoras de atenção à saúde, praticadas no cotidiano das equipes de Estratégia de Saúde da Família, no âmbito da Atenção Básica à Saúde, da cidade de Ceilândia-Distrito Federal, com ênfase na perspectiva dos profissionais de saúde, e buscando, também, caracterizar os elementos das experiências identificadas que podem contribuir para a consolidação de um modelo tecnoassistencial em saúde, tendo como foco a integralidade.

### **Metodologia**

O presente estudo é uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa proporciona uma interpretação da realidade a partir da perspectiva dos indivíduos, trabalhando, assim, com um universo de significados,

valores, crenças e atitudes<sup>(15)</sup>. Esse método não busca medir determinado evento, já que os fenômenos encontrados são interpretados a partir da percepção dos sujeitos envolvidos na situação de pesquisa e os dados produzidos neste estudo são da interação direta entre investigador e os participantes<sup>(16)</sup>.

O cenário de estudo foram dois Centros de Saúde integrantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), localizados na Região Administrativa de Ceilândia, do Distrito Federal (DF). Em 2013, a cidade apresentava uma população estimada de 449.592 habitantes<sup>(14)</sup>.

Em relação ao sistema de saúde, de acordo com os dados do Relatório Regional de Ceilândia de dezembro de 2012, especificamente as estratégias de ESF e EACS, Ceilândia contava com quatorze equipes ESF e nove equipes EACS, todas registradas no ambas consistidas pelo Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

O universo do estudo foi composto por profissionais das sete equipes de ESF; tais participantes correspondiam ao território econômica e socialmente mais vulnerável da cidade, corroborando assim com duas equipes de EACS, duas gerentes

e usuários atuantes nos Centros de Saúde em estudo. Desses, foram sujeitos do estudo os que aceitaram participar e assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Os critérios de exclusão foram: não aceitar participar, ou aqueles que não assinaram o TCLE.

Em um Centro de Saúde, depois de marcar a logística, arrumar os equipamentos audiovisuais em uma sala e os pesquisadores se deslocarem até o Centro de Saúde, os convidados não compareceram, não manifestando mais interesse na pesquisa. Destaca-se que, após esse incidente, um dos motivos para não participação desse grupo de trabalhadores foi a incompatibilidade de horários entre os próprios profissionais, o que reduziu o universo para cinco equipes ESF, uma equipe EACS, uma gerência do Centro de Saúde e usuários.

Assim, foi realizado o estudo com três enfermeiros coordenadores de ESF, uma gerente do centro, dois agentes comunitários de saúde e uma técnica de enfermagem. Não houve participação dos usuários devido à dificuldade de comunicação, tendo em vista que a localização do Centro de Saúde é distante do território atendido e os profissionais da rede não tinham o contato de nenhum usuário, além de a equipe de pesquisadores

não ter uma referência de representantes da sociedade civil organizada da comunidade.

A coleta de dados foi feita durante uma roda de conversa realizada em uma sala de reuniões no próprio local de trabalho dos envolvidos no estudo. Obedecendo às normas éticas da Resolução nº 196/96, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (15360313.6.0000.0030) e pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (16031013.8.0000.5553). Os participantes assinaram TCLE, após sua explicação antes de começar, sendo que todas as dúvidas foram respondidas naquele momento; essa atividade foi documentada por câmera fotográfica, filmadora e gravação de voz. A análise dos dados do respectivo estudo foi feita a partir das transcrições integrais das falas e de anotações observadas e anotadas em um diário de campo.

Optou-se, na coleta de dados, pela roda de conversa, já que é uma metodologia bastante utilizada nos processos de leitura e intervenção comunitária, consistindo em um método de participação coletiva de debates acerca de uma temática, através da criação de espaços de diálogo<sup>(17)</sup>.

A escolha por 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 possível. Além disso, a técnica pretendeu incentivar a participação e a reflexão dos diversos atores sociais envolvidos, a fim de buscar consolidar condições para um diálogo entre os participantes, onde se preservou a circulação da palavra para que todos participassem ativamente do estudo.

A pergunta norteadora para a roda de conversa foi: quais as estratégias que esses trabalhadores da atenção básica à saúde desempenhavam na sua rotina de trabalho, a fim de responder às necessidades de saúde local, e que acreditavam ser inovadoras, assim como os problemas enfrentados. Além disso, foram feitas perguntas iniciais para a interação do grupo como: (1) a qual equipe pertenciam e quais as atividades profissionais que desempenhavam naquele cenário de trabalho, e (2) o que eles entendiam por conceito ampliado de saúde.

Utilizou-se neste estudo o método de análise temática de conteúdo, buscando compreender o sentido que o grupo participante dava em cada participação. De acordo com Minayo<sup>(10)</sup>, tal análise consiste

em descobrir os núcleos de sentido, desdobrando-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados. As unidades de significados das falas dos atores participantes do estudo foram separadas em um arquivo Word, onde as falas foram dando sentido ao estudo, assim os resultados apresentados neste estudo estão na íntegra.

### **Resultados e discussão**

Durante os primeiros momentos da roda surgiram aspectos relacionados à problemática vivenciada pelos profissionais cotidianamente e o cenário micro político e social no qual estão inseridos. Trata-se de profissionais engajados com a saúde da população, amparados pela perspectiva da resolutividade dos problemas de saúde local por meio da ABS. 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:

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 têm necessidades simples, como necessidades mesmo de restabelecimento da saúde. Temos pessoas doentes, vulneráveis, temos

peças de todos os tipos. Nós fazemos ações junto com a área para promover educação, informação, orientações e assistência dentro das nossas possibilidades e das condições que a gente tá inserido também. (S. enfermeira)

Em seguida colocou-se para a roda o interesse em conhecer as experiências que eles praticavam no cotidiano de trabalho que não estejam protocoladas na política normativa e como eles respondiam à demanda da comunidade em um contexto micro político. De início, surgiu que, apesar da política macro exigir a inserção das equipes no território adscrito, as equipes estudadas não estavam nesse contexto. Como evidenciado no relato da profissional:

Mas a gente também tem problemas porque a gente não tá inserido dentro da área e tem o fator da distância, mas dentro desse contexto a gente tá tentando suprir e amenizar as diversas necessidades da população específica. (S. enfermeira)

A partir daí foram surgindo novas redes de informação e comunicação entre pesquisador-participante e participante-participante, e o discurso de um sujeito foi completado por outro participante da roda. Durante a roda foi perceptível que os sujeitos participantes lembravam experiências interessantes a partir do relato

de outro, tornando-se, 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. Esse 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-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<sup>(18)</sup>.

Com o objetivo de os envolvidos na roda relatarem as estratégias que criavam no seu cotidiano de afirmação de saúde e de vida, surgiu o relato da primeira experiência identificada como inovadora.

[...] as visitas do ACS são visitas diárias periódicas e não há necessidade de estar sempre agendada, e a visita do médico, do enfermeiro ou 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 está 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 agendamento anterior à visita. (R. enfermeiro)

A experiência relatada sinaliza uma maneira em que os profissionais optaram por produzir, na organização do serviço e dos processos de trabalho, uma inovação na saúde. Uma forma de adaptar o serviço à realidade de saúde da comunidade. O cenário é de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que não fica no seu território adscrito e em que nenhuma equipe participante da roda está localizada dentro da micro área. Para as visitas das equipes é necessário ter disponível o suporte de veículos de transporte da regional de saúde, que muitas vezes não estavam disponíveis, exigindo que o profissional se deslocasse e não encontrasse ninguém na residência. O agendamento prévio melhorou os processos de gestão.

Segundo o estudo de Berwick (2003)<sup>(11)</sup>, essa experiência pode ser traduzida como uma inovação incremental, que é aquela que melhora práticas, instrumentos ou procedimentos que já existem, ampliando suas abrangências e sua efetividade ou a qualidade de seus

impactos. Tal experiência inovadora melhorou o acesso dos usuários aos serviços básicos de saúde, além de diminuir as ditas viagens perdidas dos profissionais médicos e enfermeiros às residências. Logo em seguida, outra participante, concordando com a experiência indicada como inovadora, relatou por que essa estratégia foi colocada em ação:

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 tá fora, fica longe para gente ir lá e não ter ninguém e ter que voltar. Em uma manhã a gente não consegue fazer mais que 2 visitas, dependendo da área, é distante. Então tem que ser programada nesse aspecto. Tanto a população tá esperando o profissional de saúde, como outros recursos. (S. enfermeira)

No caso relatado há uma adaptação do processo de trabalho para poder contemplar a população com a visita do profissional, assegurando que a visita atenda à necessidade da população, assim fortalecendo o princípio da integralidade em saúde. A rede de ABS abrange outras complexidades e, a partir desse agendamento, pode se encaminhar casos que exigem tecnologias mais complexas para outros serviços de atenção à saúde.

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 é o ACS quem traz a necessidade do agendamento, sendo 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 experiência melhorou para os profissionais não é descartada, uma vez que compromete a ação, como destacado na fala a seguir:

Não precisaria a gente tá pegando um carro para estar 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, tá agendado. Quer dizer, se chegar lá ele não estiver... Mas ele está sabendo que nós vamos amanhã. (R. enfermeiro)

Outra experiência levantada por uma das participantes se relaciona com a intersetorialidade na saúde, que trata de parcerias das equipes com outras

instituições que não se direcionam somente à saúde, mas que podem ser potenciais para o alcance integral dentro de um território e para a qual não se têm protocolos estabelecidos para essa relação. Como relatado na fala a seguir:

[...] tem duas semanas que eu desci do Centro de Saúde para cá. Por exemplo, o que eu fazia lá para tá suprindo, questão das reuniões educativas, o que eu fazia muito era parceria com localidades dentro da micro área. Procurava igreja, espaço que desse para a 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 distância, e até marcando dentro da micro área, marcava por micro área, a gente ainda tinha um absenteísmo muito grande.[...] na igreja que a gente pega, no supermercado que tem espaço, na garagem que a gente pega, mesmo assim tem absenteísmo muito grande. (A. enfermeira)

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 de doenças e da promoção da saúde no contexto da comunidade. Embora isso venha mudando, o que persevera é o modelo centrado no hospital e na figura do médico. Como evidenciado a seguir:

[...] Então a gente vê também que a comunidade ainda tá muito ligada à 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 médico, quero consulta, quero pronto socorro, quero ver o médico, quero a receita, eles ainda têm muito essa visão. E isso que a gente tá tentando ainda mudar, já mudou muita coisa, de quando a gente chegou para cá, já mudou muito. Mas ainda tá engatinhando com relação a isso.” (A. enfermeira)

Entretanto, têm-se experiências inovadoras na ABS por parte do serviço, mas a população nega essas práticas. Como na fala a seguir:

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

Percebe-se que 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 atentar também para essa proposta indutora de uma saúde

integral. 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 neste estudo foi a que apontou a capacitação dos ACS; tal estratégia visa ao ACS como 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 e das famílias. A equipe profissional do Centro de Saúde de Ceilândia estudado está atenta a essa importância do ACS, perceptível em uma das falas:

[...] nossos agentes estão sendo capacitados. Nossa meta 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, nós temos administradores, bacharéis em direito, uma boa formação, mas não na área de saúde. Então eles às vezes não têm um olhar tão direcionado para tá orientando essa população e tá trazendo aquele resultado. E a gente tá 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.” (S. enfermeiro)

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 percebe a necessidade do trabalho interdisciplinar e multidisciplinar das equipes. Esse arranjo de trabalho ajuda na consolidação da integralidade em saúde. Para Araújo e Rocha<sup>(3)</sup>, o trabalho em equipe, embora não seja uma exclusividade da Saúde da Família, representa um de seus principais pilares, ainda pouco discutido em pesquisas na saúde coletiva.

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 os 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, percebe-se que é um ponto que ainda não avançou:

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 se consegue localizar, outras não têm mais interesse em participar.[...] Falta um líder comunitário, aquela pessoa que fala pela população, que atente às necessidades, que mostre que é a voz

pública da área, pelo menos nossa equipe não conta com esse representante 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 a gente ver o retorno. (L. gerente)

Os elementos da prática estudada, como a participação social, a capacitação profissional e esse diálogo permanente das equipes e a intersetorialidade, são potenciais indutores da consolidação do modelo tecnoassistencial em saúde que visa alcançar a integralidade. De acordo com Araújo e Rocha<sup>(3)</sup>, a perspectiva da integralidade das ações favorece a ação inter/transdisciplinar. Tal perspectiva envolve toda a necessidade em saúde dos sujeitos em um contexto ampliado de saúde, contra hegemônico e que atenda à população de forma humanizada.

Destaca-se o processo de interação estabelecido pela dinâmica de grupo, ou seja, durante a roda de conversa os profissionais de saúde mais hierarquizados buscavam também direcionar as questões para os ACS participantes, a fim de auxiliar no registro da visão desses

profissionais, uma vez que, no momento oportuno, os mesmos não estavam participando em discurso, porém estavam presentes nos relatos dos outros profissionais, e algumas vezes buscavam complementar a fala de algum outro participante de forma bem pontual.

Contudo, observa-se que o centro de saúde é uma unidade ainda recente, necessitando de algum tempo para que os profissionais obtenham avanços nos campos em que ainda não conseguiram, aprimorando assim as suas práticas de atenção à saúde para alcance da integralidade. Sugere-se que sejam realizados novos estudos, que possam acompanhar por um período maior de tempo as experiências inovadoras na atenção básica de saúde da RA de Ceilândia, ainda que já se tenha elementos para afirmar que nesse cenário há experiências interessantes para serem estudadas e relatadas.

### **Considerações finais**

As experiências identificadas no estudo representam inovação na área da saúde de forma local, 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 à comunidade. As inovações relatadas no estudo contribuem para a percepção de que a atenção básica à saúde é um modelo de atenção à saúde centrada na vida cotidiana do território em saúde, capaz de produzir e incorporar processos e intervenções inovadoras.

Há 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 no território estudado.

Por fim, vale ressaltar a importância das práticas inovadoras para o alcance de uma gestão em saúde mais qualificada, a fim de alcançar a integralidade em saúde e, de modo geral, responder às necessidades de saúde da população de forma efetiva e eficiente. Com o intuito de ampliar a resolutividade do sistema, e destacando a vigilância em saúde na orientação da gestão, ressalta-se também a necessidade do uso adequado da epidemiologia, das práticas de organização do serviço e da avaliação das práticas por aqueles que participam dos processos de tomadas de decisões, os profissionais de saúde.

**Referências**

1. Merhy EE. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. 2002.[acessado em 2015 maio 10]:[16p.] Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-08.pdf>
2. Feuerwerker LM. 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, 2005.
3. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):455-464, 2007.
4. Gomes FM, Silva MGC. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, (Supl. 1): 893-902 p. 2011.
5. Campos GWS, Guerrero AVP (orgs). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. 115p.
6. Marques GQ, Lima MADS. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), 25 (1):17-25p. 2004.
7. Teixeira, Costa, 2003, Brasil, 2006. In: Figueiredo EN. *Estratégia saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família: diretrizes e fundamentos*. UNASUS UNIFESP, 64p. 2010.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/MS/SAS/DAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da saúde, 45 p. 1998.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde: 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996.
11. Berwick DM (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. 10p.
12. Buss PM, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 77-93p. 2007.
13. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1):319-325p. 2011.
14. Codeplan. Pesquisa distrital por amostra de domicílios – Ceilândia – PDAD 2013. [acessado em 2015 maio 19]:[66p.] Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/PDAD/2013/Ceil%C3%A2ndia-PDAD%202013.pdf>.
15. Minayo MCS (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 25 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
16. Neves JL. *Pesquisa Qualitativa – características, usos e possibilidades*. Cadernos de pesquisas em administração, v.1, n.3. 1996. [acessado em 2015 maio 19]:[5p.] Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>.
17. Nascimento MAG, SILVA CNM. 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, 1p. 2009. [acessado em 2015 maio 23][11p.] Disponível em: [http://www.agb.org.br/XENPEG/artigos/Poster/P%20\(36\).pdf](http://www.agb.org.br/XENPEG/artigos/Poster/P%20(36).pdf).
18. Mori ME, Silva FH, Beck FL. 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.

Recebido: 10.11.2016

Revisado: 05.12.2016

Aprovado: 30.01.2017