



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO

**REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO
FEDERAL E ASPECTOS DO "CONVERTE APS-DF"**

CAMPINAS

2022

THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO

**REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO
FEDERAL E ASPECTOS DO "CONVERTE APS-DF"**

Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva na área de concentração de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA APARECIDA MARI IGUTI

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO
THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO, E ORIENTADO
PELA PROFA. DRA. APARECIDA MARI IGUTI.

CAMPINAS

2022

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

C279r Castro, Thiago Figueiredo de, 1986-
Reestruturação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal e aspectos do "Converte APS-DF" / Thiago Figueiredo de Castro. – Campinas, SP : [s.n.], 2022.

Orientador: Aparecida Mari Iguti.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção primária à saúde. 2. Estratégia saúde da família. 3. Recursos humanos. 4. Avaliação de programas e projetos de saúde. 5. Pesquisa qualitativa. I. Iguti, Aparecida Mari, 1955-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Primary Health Care restructuring in the Federal District and aspects of the Converts PHC-DF

Palavras-chave em inglês:

Primary health care

Family health strategy

Human resources

Program evaluation

Qualitative research

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Aparecida Mari Iguti [Orientador]

Leila Bernarda Donato Gottens

Maria Regina Fernandes de Oliveira

Nilton Pereira Junior

Rubens Bedrikow

Data de defesa: 10-01-2022

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-1101-589X>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/9705115489890200>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO

ORIENTADOR: PROFA. DRA. APARECIDA MARI IGUTI

MEMBROS:

1. PROF. DR. LEILA BERNARDA DONATO GOTTEMS

2. PROF. DR. MARIA REGINA FERNANDES DE OLIVEIRA

3. PROF. DR. NILTON PEREIRA JUNIOR

4. PROF. DR. RUBENS BEDRIKOW

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 10/01/2022

DEDICATÓRIA

à Ana Rosa e Maria Flor (meu jardim),
à Heloísa Maris (meu amor, minha companheira e amiga),
à Mainha, Painho, Túlio e Tamyres Maria (minha primeira família),
à Vozinho, Voinho, Tio João e Ricardo, Bada e Marina—*in memoriam* (vocês fazem falta!),
aos trabalhadores do SUS (temos muito a fazer, mas já fazemos a diferença!).

AGRADECIMENTOS

Agradecer, em um momento de tantas perdas é um ato de resistência. Construir uma tese em Saúde Coletiva ao longo destes quase cinco anos em meio a tantas e tão impactantes mudanças pessoais, profissionais e espirituais não é simples, muito pelo contrário! Para não dizer que não falei das flores, eu gostaria de agradecer, primeiramente, às mulheres da minha vida.

Heloisa Maris Martins Silva, coloco teu nome completo aqui para que não se perca entre minhas tentativas afetuosas de transcrever em palavras este turbilhão de vida que você injetou em mim. Contigo, sinto-me mais e melhor. Melhor pai, melhor marido, melhor homem, melhor pessoa, melhor médico, melhor professor, melhor pesquisador. Aprendo mais contigo, cultivo contigo mais afeto, mais respeito e cada dia mais admiração.

Mãe, obrigado pelo apoio incondicional. Se cheguei até este momento, devo muito ao teu incentivo e amor e fé.

Meninas, minhas queridas Maria Flor e Ana Rosa. Sei que foi difícil minha ausência este tempo todo. Vocês não fazem ideia de como cada “colinho” que me pediam fez deste trabalho o que é, muito melhor do que poderia ser, se a vida não fosse vivida intensamente no concreto do cotidiano. Obrigado por me fazerem um pai tão amado.

Iguti, uma década juntos, hein! Obrigado por me aguentar e sustentar por todo esse tempo. Levo comigo o aprendizado de um fazer ciência artesanal, com respeito, ética e cuidado. Uma intelectual admirável.

Agradeço ao povo da UBS 01-Asa Sul, Luisa, Luisa, Luiza, Ray, Wanessa, Lucianas, Aline, Sandra, Tati, Kleuder, o povo da laranja, Sylvia e Raissa, minhas residentes, e em especial Bruno Stelet. Amigo, parceiro, professor. Neste lugar me redefini profissional e afetivamente.

Agradeço ao pessoal do CS Integração, principalmente Rubinho, o melhor gerente que já vi atuar, um exemplo. Obrigado povo da PUCCAMP, que me recebeu de braços abertos para a docência, Anna Thereza, Adilson, Maria Alice, Beth Smeke (muito obrigado pelas palavras na qualificação) e tantos outros.

Agradeço à UnB, a qual permitiu que me licenciasse para a conclusão desta tese. Agradeço a Paulo, Érika, Felipe, Thais, Danilo e tantos outros que me apoiaram até aqui.

Obrigado Rodrigo e Beatriz por me permitirem enxergar o prisma que é a nossa vida. Valeu Angelina pela atualização da conjuntura entre cada supino: 2022 será melhor!

Pai! Nas horas mais difíceis, você se fez gigante. Obrigado por ser quem és. Túlio, Marília: estamos juntos! Tamyres, vai dar certo! Renato: nem preciso dizer nada! Valeu amigo!

Por fim, com alguma timidez, agradeço a Deus por ainda que cheio de dúvidas me trazer o conforto que faltava. Estou ainda por aqui, depois de tanta água que corre por baixo dessa ponte, então nada mais relevante que agradecer nessa hora!

EPÍGRAFE

"A luz que me abriu os olhos
para a dor dos deserdados e os feridos de injustiça,
não me permite fechá-los nunca mais, enquanto viva.
Mesmo que de asco ou fadiga me disponha a não ver mais,
ainda que o medo costure os meus olhos, já não posso
deixar de ver: a verdade me tocou, com sua lâmina de amor, o centro do ser.
Não se trata de escolher entre cegueira e traição.
Mas entre ver e fazer de conta que nada vi
ou dizer da dor que vejo para ajudá-la a ter fim,
já faz tempo que escolhi."

Já faz tempo que escolhi
Thiago de Mello

RESUMO

Título: Reestruturação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal e aspectos do *Converte APS-DF*

Introdução: Brasília ainda enfrenta dificuldades para a implantação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) ordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS). No período de 2015 a 2018, a gestão da saúde do Distrito Federal (DF) implementou uma série de iniciativas para a reorganização de seu sistema de saúde, o que incluiu a promulgação das Portarias 77/2017 – que institui a nova *Política de Atenção Primária à Saúde do DF* - e 78/2017, esta que disciplina o processo de *Conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família* (aqui nomeado *Converte APS-DF*). **Objetivo** - Analisar como ocorreu a reestruturação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, assim como o papel do *Converte APS-DF* nesta reestruturação. **Métodos:** Pesquisa qualitativa de caráter descritivo-analítico realizada através de levantamento bibliográfico sobre as políticas de APS no Distrito Federal seguido de entrevistas semiestruturadas aplicadas a informantes-chave selecionados pela técnica da bola de neve (*snowball*). Os sujeitos entrevistados foram profissionais de saúde com atuação na gestão ou na assistência da Atenção Primária à Saúde do DF e que atuaram como formuladores, facilitadores ou participantes do *Converte APS-DF* ou, ainda, foram aqueles que se recusaram a participar desse processo. Utilizou-se da Análise de Conteúdo para tratamento e análise dos dados, com apoio de software de processamento de dados qualitativos Nvivo®. **Resultados:** O *Converte APS-DF* é percebido como política tipo *top-down* que impactou na reestruturação da APS do DF. A justificativa de sua implementação remonta à história sanitária da cidade, com disputas de modelos de atenção, de cenários de prática, de adequação de perfil profissional, e de um reordenamento da APS que supere o modelo ambulatorial médico na direção de uma APS ampliada. Seu componente formativo é criticado pela baixa articulação com instituições formadoras e pelo caráter pontual, introdutório e não-instrumental às práticas do cotidiano. As ferramentas de convencimento utilizadas são dicotômicas e indicam uma agenda pragmática e intempestiva, que deslocou profissionais para outros níveis de atenção e levou a perda de gratificações aos não aderentes à política, enquanto os aderentes ampliaram seu escopo de atuação e tiveram suas práticas de trabalho modificadas. O sofrimento foi um tema recorrente entre os participantes e críticos do processo. Os gestores e parte dos Médicos de Família e Comunidade aderentes à política indicam uma aposta acertada, apesar dos sofrimentos produzidos. **Conclusões:** Brasília apresenta um descompasso entre vanguarda, em seus primeiros anos, e retrocesso no papel da APS como ordenadora da RAS-DF até a última década. O *Converte APS-DF*, aliado a uma série de outras iniciativas, levou a cidade a reestruturar seu modelo de atenção. O receio da reversão de modelo é minimizado pelos participantes, que indicam a necessidade de construção social de uma APS identificada pelos usuários como lugar de cuidado integral, acessível e humanizado. Novos estudos podem revelar o impacto sanitário dessa reestruturação e medidas de gestão ainda devem ser executadas para dar respostas às carências de formação e de cuidado frente aos sofrimentos vividos pelos profissionais de saúde neste processo.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Recursos Humanos. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Title: Primary Health Care Restructuration in the Federal District and aspects of the *Converts PHC-DF*

Introduction: Brasília still faces difficulties for the implementation of a Health Care Network (HCN) ordered by Primary Health Care (PHC). In the period from 2015 to 2018, the health management of the Federal District (DF) implemented a series of initiatives for the reorganization of its health system, which includes the enactment of Ordinances 77/2017 – which establishes the new *Primary Health Care Policy of the Federal District* - and 78/2017, which regulates the process of *Converting Primary Health Care of the Federal District to the Model of the Family Health Strategy* (herein named *Converts PHS-DF*). **Objective:** To analyze how the restructuring of Primary Health Care occurred in the Federal District, as well as the role of the *Converts PHS-DF* in this restructuring. **Methods:** Qualitative, descriptive-analytical research, conducted through bibliographic survey on PHC policies in the Federal District followed by semi-structured interviews applied to key informants selected by *the snowball* technique. The interviewees were health professionals working in the PHC's management or assistance in the Federal District, and who acted as policy designers, facilitators, or participants of the *Converts APS-DF*, or those who refused to participate in this process. Content Analysis was used for data processing and analysis, in addition to the use of qualitative data processing software NVivo®. **Results:** The *Converts PHS-DF* is perceived as a top-down type' *policy* that influenced the restructuring of the DF APS. The justification for its implementation goes back to the city's health history, with care models' struggle, practice scenarios' dispute, challenge on adequacy of professional profile and a reordering of PHC that overcomes the medical outpatient model in the direction of an expanded PHC. Its formative component is criticized for its low articulation with training institutions and for its punctual, introductory, and non-instrumental character in everyday practices. The convincing tools used in its implementation are dichotomous and based on a pragmatic and untimely agenda, which involved shifting professionals to other attention levels and loss of bonuses to non-adherents to the policy, while adherents expanded their scope of action and had their work practices modified. Suffering is a recurring theme among participants and critics of the process. The managers and part of the Family and Community Doctors adhering to the policy indicate a right bet, despite the sufferings produced. **Conclusion:** Brasilia shows a mismatch between a cutting-edge policy in its early years, and a setback in the role of PHC as the coordinator of the HCN-DF until the last decade, with cycles of expansion and resurgence. The *Converts PHS-DF*, combined with a series of other initiatives, led the city to restructure its care model. The fear of a new model reversal' cycle is minimized by the interviewees, who indicate the need for a PHC' social construction - identified as a comprehensive, accessible, and humanized care model by users. New studies may reveal the restructuring' health impact, and management measures should be implemented to respond to training and care' needs in face of the sufferings experienced by the health professionals involved in this process.

KEYWORDS: Primary Health Care; Family Health Strategy; Human Resources; Program Evaluation; Qualitative Research

RÉSUMÉ

Titre: La restructuration des Soins de Santé Primaires dans le District Fédéral et quelques aspects de l'Convertis *SSP-DF*

Introduction: Brasilia rencontre toujours des difficultés pour la mise en place d'un Réseau de Soins de Santé (RSS) commandé par les Soins de Santé Primaires (SSP). Au cours de la période de 2015 à 2018, la direction de la santé du District fédéral (DF) a mis en œuvre une série d'initiatives pour la réorganisation de son système de santé, qui comprend la promulgation des ordonnances 77/2017 - qui établit la nouvelle politique de soins de santé primaires du le District fédéral - et 78/2017, qui régleme le processus de conversion des soins de santé primaires du District fédéral au modèle de la stratégie de santé familiale (ci-après nommé l'Convertis SSP-DF). **Objectif :** Analyser comment la restructuration des Soins de Santé Primaires s'est produite dans le District Fédéral, ainsi que le rôle des convertis SSP-DF dans cette restructuration. **Méthodes :** Recherche qualitative, descriptive-analytique, menée par le biais d'une enquête bibliographique sur les politiques de SSP dans le District Fédéral, suivie d'entretiens semi-structurés appliqués à des informateurs clés sélectionnés par la technique boule de neige. Les personnes interrogées étaient des professionnels de la santé travaillant dans la gestion ou l'assistance du SSP dans le District fédéral, et qui ont agi en tant que concepteurs de politiques, facilitateurs ou participants des Convertis SSP-DF, ou ceux qui ont refusé de participer à ce processus. L'analyse de contenu a été utilisée pour le traitement et l'analyse des données, en plus de l'utilisation du logiciel de traitement de données qualitatives NVivo®. **Résultats:** Le Convertis SSP-DF est perçu comme une politique de type *Top-down* qui a influencé la restructuration. La justification de sa mise en œuvre remonte à l'histoire sanitaire de la ville, avec la lutte des modèles de soins, la contestation des scénarios de pratique, la contestation de l'adéquation du profil professionnel et une réorganisation des SSP qui dépasse le modèle médical ambulatoire dans le sens d'un SSP élargi. Sa composante formative est critiquée pour sa faible articulation avec les institutions de formation et pour son caractère ponctuel, introductif et non instrumental dans les pratiques quotidiennes. Les outils convaincants utilisés dans sa mise en œuvre sont dichotomiques et basés sur un agenda pragmatique et intempestif, qui impliquait le déplacement des professionnels vers d'autres niveaux d'attention et la perte de primes aux non-adhérents à la politique, tandis que les adhérents élargissent leur champ d'action et avaient leurs pratiques de travail modifiées. La souffrance est un thème récurrent parmi les participants et les critiques du processus. Les responsables et une partie des Médecins de Famille et Communautaires adhérant à la politique indiquent un pari juste, malgré les souffrances produites. **Conclusion :** Brasilia montre une inadéquation entre une politique de pointe dans ses premières années et un recul du rôle de PHC en tant que coordinateur du RSS-DF jusqu'à la dernière décennie, avec des cycles d'expansion et de résurgence. Les Convertis SSP-DF, combinés à une série d'autres initiatives, ont conduit la ville à restructurer son modèle de soins. La crainte d'un nouveau cycle d'inversion du modèle est minimisée par les personnes interrogées, qui indiquent la nécessité d'une construction sociale des SSP - identifiée comme un modèle de soins complet, accessible et humanisé par les usagers. De nouvelles études pourraient révéler l'impact sanitaire des restructurations et des mesures de gestion devraient être mises en place pour répondre aux besoins de formation et de soins face aux souffrances vécues par les professionnels de santé impliqués dans ce processus.

MOTS-CLÉS: Soins de santé primaires; Stratégie en matière de santé familiale; Ressources humaines; Évaluation de programme; Recherche qualitative

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

<u>FIGURA 1. TAXONOMIA DAS NECESSIDADES DE SAÚDE.</u>	42
<u>FIGURA 2. MATRIZ CONCEITUAL DE REFORMAS DE SISTEMAS DE SAÚDE, CONFORME RITMO E ESCALA DA IMPLEMENTAÇÃO.</u>	53
<u>FIGURA 3. ÁRVORE DE DECISÃO: RITMO E ESCALA DA IMPLEMENTAÇÃO DE REFORMAS NOS SISTEMAS DE SAÚDE.</u>	54
<u>FIGURA 4. INDICAÇÕES DE PARTICIPANTES À PESQUISA PELA METODOLOGIA BOLA DE NEVE</u>	89
<u>FIGURA 5. FLUXOGRAMA DE DECISÃO NA PESQUISA</u>	92
<u>FIGURA 6. REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO DISTRITO FEDERAL, REGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES ADMINISTRATIVAS, DF, 2018.</u>	106
<u>FIGURA 7. MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DAS UBS NO DISTRITO FEDERAL, 2021</u>	107
<u>FIGURA 8. DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DO NÚMERO DE EPIDEMIAS POR REGIÃO ADMINISTRATIVA DO DISTRITO FEDERAL (2007-2017)</u>	114
<u>FIGURA 9. PRIMÓRDIOS DA ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO DF, 1960-1990</u>	125
<u>FIGURA 10. REORDENAMENTO E REFORMAS DO MODELO TECNO-ASSISTENCIAL DO SUS-DF, 1991-2010</u>	129
<u>FIGURA 11. PORTA DE ENTRADA – “POSSO AJUDAR”</u>	136
<u>FIGURA 12. FLUXOGRAMA DA ESCUTA QUALIFICADA</u>	137
<u>FIGURA 13. REORDENAMENTO E REFORMAS DO MODELO TECNO-ASSISTENCIAL DO SUS-DF, 2011-ATUAL</u>	139
<u>FIGURA 14. TRIÂNGULO DE GOVERNO – PDRCS</u>	142
<u>FIGURA 15. ESTRUTURA DE GESTÃO DA ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DA SES-DF, 2011-2013.</u>	143
<u>FIGURA 16. REFORMAS NA ESTRUTURA DA SES-DF, ORGANOGRAMA 2011 X 2013.</u>	145
<u>FIGURA 17. REFORMAS NA ESTRUTURA DA SES-DF, ORGANOGRAMA 2013 X 2015</u>	146
<u>FIGURA 18. REFORMAS NA ESTRUTURA DA SES-DF, ORGANOGRAMA 2016 – ADMC</u>	147
<u>FIGURA 19. REFORMAS NA ESTRUTURA DA SES-DF, ORGANOGRAMA 2016 – SRS E URD</u>	148
<u>FIGURA 20. CONGESTIONAMENTO AO REORDENAMENTO DO MODELO ASSISTENCIAL DA APS-DF</u>	151
<u>FIGURA 21. MAPA MENTAL – MODELO DE GESTÃO NO BRASÍLIA SAUDÁVEL, 2017.</u>	153
<u>FIGURA 22. REFORMAS NA ESTRUTURA DA SES-DF, ORGANOGRAMA 2018</u>	154
<u>FIGURA 23. FLUXO DECISÓRIO DE GESTÃO NA APS-DF.</u>	154
<u>FIGURA 24. MAPA MENTAL – MODELO DE ATENÇÃO NO BRASÍLIA SAUDÁVEL, 2017.</u>	156
<u>FIGURA 25. CRONOLOGIA DAS PRINCIPAIS AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO SISTEMA DE SAÚDE DO DF – 1960-2018.</u>	164

<u>FIGURA 26. MAPA DOS CENÁRIOS MFC SESDF 2021</u>	166
<u>FIGURA 27. MAPA DE ÁRVORE DOS ENTREVISTADOS POR ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU</u>	170
<u>FIGURA 28. ÁRVORE DO CONVERTE NOS GRUPOS F E G</u>	182
<u>FIGURA 29. ÁRVORE DO CONVERTE NOS GRUPOS N E P.....</u>	183
<u>FIGURA 30. PESQUISA DAS PALAVRAS MEDO, SOFRIMENTO, DESRESPEITO, ADOEC*, TRAUMA OU CONSTRANGI* NAS ENTREVISTAS DOS GRUPOS P+N</u>	216
<u>FIGURA 31. ÁRVORE DE PALAVRAS – MEDO, NOS GRUPOS N E P</u>	217

LISTA DE GRÁFICOS

<u>GRÁFICO 1. COBERTURA PERCENTUAL E NÚMERO DE EQUIPES NA APS NO BRASIL ENTRE 2007 E 2020: DIFERENCIAÇÃO ENTRE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TRADICIONAL/EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PARAMETRIZADA (EAB).</u>	47
<u>GRÁFICO 2. PROPORÇÃO DE PARTICIPANTES DA PESQUISA, CONFORME DECISÃO.....</u>	92
<u>GRÁFICO 3. CODIFICAÇÃO DE RA NAS ENTREVISTAS POR SRS</u>	96
<u>GRÁFICO 4 COBERTURA PERCENTUAL DA POPULAÇÃO PELA ESF, NÚMERO DE ACS E DE ESF IMPLANTADOS EM BRASÍLIA-DF, ENTRE 2011 E 2020.</u>	103
<u>GRÁFICO 5 MORTALIDADE - GRUPOS DE CAUSAS POR PERCENTUAL DO TOTAL, BRASÍLIA, 2010-2015/2015-2020</u>	110
<u>GRÁFICO 6 INCIDÊNCIA DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA <1ANO NO DF, 2010-2020.</u>	112
<u>GRÁFICO 7 SÉRIE TEMPORAL DE CASOS DE DENGUE NO DISTRITO FEDERAL, BRASIL, ASSINATURA SAZONAL E LIMITE SUPERIOR PARA EPIDEMIAS NO PERÍODO DE 1 DE JANEIRO DE 2007 A 31 DE DEZEMBRO DE 2017</u>	113
<u>GRÁFICO 8. ESF CONFORME CLASSIFICAÇÃO NO PMAQ-AB 3º CICLO, BRASÍLIA-DF</u>	118
<u>GRÁFICO 9. DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS POR GRUPO.</u>	166
<u>GRÁFICO 10. DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS POR SEXO/GÊNERO CONFORME GRUPO</u>	168
<u>GRÁFICO 11 NÚMERO DE ENTREVISTADOS POR FAIXA ETÁRIA</u>	168
<u>GRÁFICO 12. ENTREVISTADOS POR TEMPO NA ASSISTÊNCIA EM SERVIÇOS: PRIVADO X PÚBLICO</u>	172
<u>GRÁFICO 13. ENTREVISTADOS POR TEMPO NA ASSISTÊNCIA EM SERVIÇOS: PRIVADO X PÚBLICO – ORDENADO POR TEMPO CRESCENTE NO PÚBLICO</u>	172
<u>GRÁFICO 14. ENTREVISTADOS POR TEMPO NA ASSISTÊNCIA EM SERVIÇOS: PRIVADO X PÚBLICO – ORDENADO POR TEMPO CRESCENTE NO PRIVADO</u>	173
<u>GRÁFICO 15. TEMPO DE ATUAÇÃO ASSISTENCIAL DOS ENTREVISTADOS POR NÍVEL DE ATENÇÃO</u>	174

<u>GRÁFICO 16. TEMPO DE ATUAÇÃO ASSISTENCIAL DOS ENTREVISTADOS POR NÍVEL DE ATENÇÃO – ORDENADO POR ORDEM CRESCENTE DE EXPERIÊNCIA NA APS, AAE E AH</u>	175
<u>GRÁFICO 17. ENTREVISTADOS POR TEMPO DE ATUAÇÃO NA GERÊNCIA DE SERVIÇOS PÚBLICOS X PRIVADOS</u>	176
<u>GRÁFICO 18. ENTREVISTADOS POR TEMPO DE ATUAÇÃO NA GERÊNCIA DE SERVIÇOS PÚBLICOS X PRIVADOS – ORDEM CRESCENTE DE EXPERIÊNCIA NA GESTÃO PÚBLICA</u>	177
<u>GRÁFICO 19. ENTREVISTADOS POR TEMPO DE ATUAÇÃO NA GERÊNCIA DE SERVIÇOS PÚBLICOS X PRIVADOS – ORDEM CRESCENTE DE EXPERIÊNCIA NA GESTÃO PÚBLICA</u>	177
<u>GRÁFICO 20. ENTREVISTADOS: TEMPO DE ATUAÇÃO NA GESTÃO POR NÍVEL DE ATENÇÃO</u>	178
<u>GRÁFICO 21. TEMPO DE ATUAÇÃO DOS ENTREVISTADOS NA GESTÃO POR NÍVEL DE ATENÇÃO ORDENADO POR GRUPO E EXPERIÊNCIA CRESCENTE</u>	179
<u>GRÁFICO 22. DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS CONFORME MAIOR CARGO DE GESTÃO OCUPADO</u>	179

LISTA DE QUADROS

<u>QUADRO 1. ABORDAGENS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</u>	37
<u>QUADRO 2. DA ATENÇÃO MÉDICA PRIMÁRIA À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</u>	38
<u>QUADRO 3. MARCOS DOS MOVIMENTOS SANITÁRIOS NO BRASIL: TEMPO X POLÍTICA, DO BRASIL-COLÔNIA AOS TEMPOS ATUAIS.</u>	44
<u>QUADRO 4. CARACTERÍSTICAS DO MODELO BIOMÉDICO E DA ESF/PNAB (2012)</u>	45
<u>QUADRO 5. REGISTRO DE ENTREVISTADOS CONFORME GRUPO, DATA E DURAÇÃO DAS ENTREVISTAS</u>	91
<u>QUADRO 6. EPISÓDIOS DA POLÍTICA DE APS NO DISTRITO FEDERAL, NO PERÍODO DE 1979 A 2009</u>	120
<u>QUADRO 7. FASES E AÇÕES DO PROCESSO DE CONVERSÃO DO MODELO DE APS DO DF EM ESF.</u>	121
<u>QUADRO 8. DESTAQUES DAS PORTARIAS 77 E 78/2017</u>	122
<u>QUADRO 9. PERÍODOS DA POLÍTICA DE APS NO DISTRITO FEDERAL, ANTES DE 2010 A 2021.....</u>	124
<u>QUADRO 10. LINHA DO TEMPO DA APS/MFC NO DF. PRIMEIRO PERÍODO: BASES DE CONSTITUIÇÃO DA RAS-DF (1960-1999).....</u>	127
<u>QUADRO 11. LINHA DO TEMPO DA APS/MFC NO DF. PRIMEIRO PERÍODO: BASES DE CONSTITUIÇÃO DA APS NO DF (ANOS 2000-2010).....</u>	131
<u>QUADRO 12. LINHA DO TEMPO DA APS/MFC NO DF. SEGUNDO PERÍODO: AVANÇOS DA APS-DF PRÉ-CONVERTE (2011-2015)</u>	141
<u>QUADRO 13. LINHA DO TEMPO DA APS/MFC NO DF. TERCEIRO PERÍODO: O CONVERTE APS-DF (2016-2018)</u>	149
<u>QUADRO 14. LINHA DO TEMPO DA APS/MFC NO DF. QUARTO PERÍODO: PÓS-CONVERTE APS-DF (2019-ATUAL)</u>	163
<u>QUADRO 15. SÍNTESE NARRATIVA DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS</u>	181

LISTA DE TABELAS

<u>TABELA 1. ESCORE GERAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (0 A 10) E PESSOAS DE 18 ANOS OU MAIS DE IDADE QUE UTILIZARAM ALGUM SERVIÇO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE CUJA AVALIAÇÃO É DE ALTO ESCORE GERAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (≥ 6.6) NOS ÚLTIMOS SEIS MESES ANTES DA DATA DA ENTREVISTA, SEGUNDO AS GRANDES REGIÕES E AS UNIDADES DA FEDERAÇÃO – PNS 2019</u>	48
<u>TABELA 2. TOTAL DE DOMICÍLIOS CADASTRADOS EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF), SEGUNDO AS GRANDES REGIÕES E OS MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS- PNS, 2019</u>	50
<u>TABELA 3. NÚMERO DOCUMENTOS NORMATIVOS DO GDF SELECIONADOS PARA LEITURA INICIAL, CONFORME TIPO E PERÍODO DE PUBLICAÇÃO.....</u>	93
<u>TABELA 4. OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE, MORTALIDADE INFANTIL, MATERNA E ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER NO DF. BRASÍLIA-DF, 2019.</u>	100
<u>TABELA 5. EVOLUÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE APS E COBERTURA POPULACIONAL DE 1998 A 2020. BRASÍLIA-DF, 2021.</u>	101
<u>TABELA 6. INDICADORES DEMOGRÁFICOS DE BRASÍLIA-DF: NÚMERO DE HABITANTES E AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO REFERENTES A SEXO, FAIXA ETÁRIA E CRESCIMENTO POPULACIONAL.</u>	108
<u>TABELA 7. INDICADORES DEMOGRÁFICOS DE BRASÍLIA-DF: NÚMERO DE HABITANTES E AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO REFERENTES A SEXO, FAIXA ETÁRIA E CRESCIMENTO POPULACIONAL AJUSTADA PELA MEDIANA ENTRE OS TRIÊNIOS/BIÊNIO</u>	109
<u>TABELA 8. MORTALIDADE ESPECÍFICA PELOS CINCO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS (CID-10), BRASÍLIA-DF, 1998-2020.</u>	110
<u>TABELA 9. INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM < 1 ANO NO DF, 2010-2020</u>	111
<u>TABELA 10. CASOS PROVÁVEIS DE DENGUE EM BRASÍLIA, COM ESCALA CROMÁTICA, SE 1-40, 2010-2016.</u>	115
<u>TABELA 11. CASOS PROVÁVEIS DE DENGUE EM BRASÍLIA, COM ESCALA CROMÁTICA, SE 1-40, 2017-2021.</u>	116
<u>TABELA 12. PERFIL DOS ENTREVISTADOS.</u>	167

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADMC	Administração Central
AGL	Acordo de Gestão Local
AGR	Acordo de Gestão Regional
AH	Atenção Hospitalar
AJL	Assessoria Jurídico-Legislativa
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
APS-I	APS integral
APS-S	APS seletiva
ARINS	Assessoria de Relações Institucionais
ASCOM	Assessoria de Comunicação
CANAL	Centro Acadêmico de Medicina Napoleão Laureano
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAS	Colegiado Gestor de Assistência à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CERPIS	Centro de Referência de Práticas Integrativas e Complementares
CFM	Conselho Federal de Medicina
CG	Colegiado Gestor
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CLDF	Câmara Legislativa do Distrito Federal
CNE	cargo de natureza especial
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAPS	Coordenação de Atenção Primária à Saúde
CODEPLA	
N	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CO-DIRAPS	Colegiado Gestor da Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde
CO-GSAP	Colegiado Gestor da Gerência de Serviços de Atenção Primária à Saúde
COMP	Centro de Orientação Médico-psicopedagógica
CORGE	Corregedoria Geral da Saúde
CO-SRS	Colegiado Gestor da Superintendência Regional de Saúde
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i>
CRDF	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal
CRM	Conselho Regional de Medicina
CS	Centro de Saúde
CSDF	Conselho de Saúde do Distrito Federal
CTINF	Coordenação Especial de Tecnologia de Informação em Saúde
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
DF	Distrito Federal

DIESF	Diretoria de Estratégia de Saúde da Família
DIRAPS	Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EAB	equipe de Atenção Básica Parametrizada
EACS	Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
EAPSUS	Escola de Aperfeiçoamento do SUS
eCR	Equipe de Consultório na Rua
EFC	Enfermeiro de Família e Comunidade
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ENEC	Estágio Nacional em Extensão Comunitária
EqPAS	Equipe do Programa Academia da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
EqS-CERPI	Equipe de Saúde dos Centros de Referência de Práticas Integrativas em
S	Saúde
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	equipes de Saúde da Família
EqSSE	Equipe do Sistema Socioeducativo
EqSSP	Equipe de Saúde do Sistema Prisional
ETESF	Equipes de transição para Estratégia de Saúde da Família
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
FM	Faculdade de Medicina
FMI	Fundo Monetário Internacional
FS	Programa Família Saudável
FSDF	Fundo de Saúde do DF
FZ	Fundação Zerbini
GAB	Gratificação de incentivo às ações básicas de saúde
GAPESF	Gerência de Atenção Primária à Saúde e estratégia de Saúde da Família
GCET	Gratificação por Condições Específicas de Trabalho
GDF	Governo do Distrito Federal
GES	Grupo Especial de Supervisão
GOBI	<i>Growth, Oral rehydrattion, Breastfeeding and Immunization</i>
GSAP	Gerência de Serviços de Atenção Primária à Saúde e Territórios
HADF	Hospital de Apoio do Distrito Federal
HCB	Hospital da Criança de Brasília
HSVP	Hospital São Vicente de Paula
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	Instituto Candango de Solidariedade
IGESDF	Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal
IHBDF	Instituto Hospital de Base do Distrito Federal

INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISM	Instituto de Saúde Mental
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAAv	Módulo de Acolhimento e Avaliação
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
mFC	Médico da Família e Comunidade
MGC	Medicina Geral e Comunitária
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NGP	Nova Gestão Pública
NHS	<i>National Health Service</i>
NOB	Norma Operacional Básica
NPT	<i>Normalization Process Theory</i>
NRAD	Núcleo Regional de Atenção Domiciliar
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan–Americana da Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIPS	Organizações da Sociedade Civil e de Interesse Público
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PACSa	PACS ampliado
PAISA	Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISI	Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PBS	Programa Brasília Saudável
PCA-Tool	<i>Primary Care Assessment – Tool</i>
PDPAS	Programa de Descentralização Progressiva da Saúde Projeto para o desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde no Distrito Federal e transferência de tecnologia em contratualização de serviços de saúde
PDRCS	
PDS	Modelo de Promoção da Saúde
PHCPI	<i>Primary Health Care Performance Initiative</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PJF	Plano Jofran Frejat
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização do SUS
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRAIA	Programa de Atenção Integral ao Adolescente
PRM	Programa de Residência Médica

PRMMFC	Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PRS	Programa de Regionalização da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PUCCAMP	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
QUALIS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal
APS	
RA	Região Administrativa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REMA	Plano de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SAA	Secretaria-Adjunta de Assistência à Saúde
SAG	Secretaria Adjunta de Gestão em Saúde
SAIS	Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
SAPS	Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde
SAS	Subsecretaria De Atenção À Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade
SC	Programa Saúde em Casa
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do DF
Silos	Sistemas Locais de Saúde
SindiMédico	Sindicato dos Médicos de Brasília
SINFRA	Subsecretaria de Infraestrutura em Saúde
Sinj-DF	Sistema de Informações Jurídicas do Distrito Federal
SPT-2000	Saúde para Todos no ano 2000
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SRSCE	Superintendência Regional de Saúde Central
SRSCN	Superintendência Regional de Saúde Centro-Norte
SRSCS	Superintendência Regional de Saúde Centro-Sul
SRSLE	Superintendência Regional de Saúde Leste
SRSNO	Superintendência Regional de Saúde Norte
SRSOE	Superintendência Regional de Saúde Oeste
SRSSO	Superintendência Regional de Saúde Sudoeste
SRSSU	Superintendência Regional de Saúde Sul
SSA	Serviço Social Autônomo
SUAG	Subsecretaria de Apoio Gerencial
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUGEP	Subsecretaria de Gestão de Pessoas
SUGEPAR	Subsecretaria de Gestão Participativa
SUGETES	Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SULIS	Subsecretaria de Logística e Infraestrutura da Saúde
SULOG	Subsecretaria de Logística em Saúde
SUPLANS	Subsecretaria de Planejamento em Saúde
SUPRAC	Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle

SUS	Sistema Único de Saúde
SUTIS	Subsecretaria de Tecnologia da Informação em Saúde
SVS	Subsecretaria de Vigilância à Saúde
TENF	Técnico de Enfermagem
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios
ToC	<i>Theory of Change</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCB	Universidade Católica de Brasília
UF	Unidade Federativa
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UHC	<i>Universal Health Coverage</i>
UnB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URA	Unidades de Referência de Apoio
URD	Unidades de Referência Distrital
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USF	Unidade de Saúde da Família
VS	Modelo de Vigilância à Saúde
WONCA	<i>World Organization of Family Doctors</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	23
CAPÍTULO 1. POR QUE ESTUDAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE (APS) E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)?	32
1.1. UMA ILUSTRAÇÃO DA EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	32
1.2. PSF – UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE APS INTEGRAL	35
1.3. ENTRE AS NECESSIDADES DE SAÚDE E A(S) INTEGRALIDADE(S): DILEMA DA APS À BRASILEIRA	40
1.4. SOBRE AS REFORMAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE	51
CAPÍTULO 2. O CONTEXTO DA SAÚDE NO BRASIL	60
2.1. COVID-19: PARA NÃO DIZER QUE NÃO FALEI DAS DORES!	60
2.2. DILEMA PÚBLICO-PRIVADO, DESFINANCIAMENTO E NECROPOLÍTICA NO SUS: O LABIRINTO E O MINOTAURO	61
2.3. DO MAL-ESTAR BRASILEIRO À CONSTRUÇÃO DE UM NOVO PACTO ÉTICO: O QUE FAZER?	65
2.4. TRABALHO COLETIVO, SIGNIFICAÇÕES IMAGINÁRIAS E AS INSTITUIÇÕES EM SAÚDE: PISTAS PARA UMA SAÍDA DO LABIRINTO	68
CAPÍTULO 3. A FORMAÇÃO MÉDICA E O TRABALHO MÉDICO NA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA: O MÉDICO GENERALISTA	74
3.1. BUSCANDO UMA DEFINIÇÃO DE MÉDICO GENERALISTA	74
3.2. MFC – HERDEIRA DA MEDICINA GENERALISTA E SEUS (DES)ENCONTROS COM A SAÚDE COLETIVA	75
3.3. MFC: O SABER-FAZER GENERALISTA E A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO PARADIGMA NA MEDICINA	78
3.4. FORMAÇÃO GENERALISTA, PRÁTICA REFLEXIVA E A PEDAGOGIA DO EXEMPLO: MFC NO ESPELHO	81
CAPÍTULO 4. QUESTÕES DE MÉTODO	85
4.1. DETALHAMENTO DE ASPECTOS METODOLÓGICOS	94
CAPÍTULO 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	97
5.1. O TERRITÓRIO E A APS NO DF	97
5.1.1. BRASÍLIA E O DESAFIO DE SE ARQUITETAR UMA METRÓPOLE SAUDÁVEL	97
5.1.2. O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DO TERRITÓRIO	104
5.2. <i>Períodos da Política de APS-DF: Antes, durante e depois Converte APS-DF</i>	120
5.2.1. <i>Primeiro período - Contexto da APS-DF até 2010: SC, PSF/DF, FS e resquícios dos primeiros planos</i>	125
5.2.2. <i>Segundo período - Pré-Converte (2011 a 2016): convívio entre o “velho” e o “novo” na APS-DF</i>	140
5.2.3. <i>Terceiro Período: O Converte APS-DF (2017 a 2018)</i>	148
5.2.4. <i>Quarto Período: O Pós-Converte APS-DF (2019-atual)</i>	161
5.3. ESTUDO DESCRITIVO DOS PARTICIPANTES DA <i>pesquisa</i>	166
5.4. PERSCRUTANDO O CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS	181
COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES	226
REFERÊNCIAS	231
APENDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	254

APENDICE B - MATERIAL DE APOIO ÀS ENTREVISTAS	258
APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	262
APENDICE D – LISTA DE DOCUMENTOS E NORMAS DO GDF SELECIONADOS PARA O ESTUDO	265
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP FM-UNB	386
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP FEPECS	389
ANEXO C – PORTARIA SES Nº 77/2017	392
ANEXO D – PORTARIA SES Nº 78/2017	416

APRESENTAÇÃO

Reservei este espaço para dialogar com o leitor deste estudo sobre em que contexto ele se desenvolveu. Para começo de conversa, sou Thiago, paraibano - pessoense, sendo mais específico. Filho de um engenheiro civil aposentado e de uma assistente social do lar. Não nasci em berço de ouro, apesar de vários tios paternos terem ascendido socialmente à elite econômica de minha cidade natal.

Tudo começa com um menino que queria aprender e ser (mais). A paixão pela ciência e pelo saber, que se poderia atribuir ao encantamento com aqueles que ensinam, ou mesmo ao processo de descoberta do mundo, leva o sujeito a se perceber parte desta complexa trama, ainda que a sua individualidade se construa neste processo¹.

Nesta família, eu e meus dois irmãos vivemos a boa vida da classe média, com o sonho brasileiro de se formar na universidade e conseguir seguir nosso próprio rumo. Acho que foi minha mãe, Josy, a responsável por minha escolha pela medicina. Sempre soube que sete salários-mínimos era o dobro da renda da minha casa, portanto pagar para me formar médico não era uma opção. Passei no segundo vestibular, entrei na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e fui o primeiro entre meus primos a cursar medicina.

Acredito que foi durante o *cursinho* pré-vestibular que descobri um dos meus sonhos: ser professor. Nesta época, conheci pelo menos dois professores de pré-vestibular que eram estudantes de medicina. Ali vi um caminho interessante e, tão logo entrei na universidade, tornei-me monitor do *cursinho* e comecei a dar aula.

Fui monitor dentro e fora da universidade até o último ano de curso. A bolsa de monitoria em Bioquímica e depois em Medicina de Família e Comunidade (nomeado MHA-4), juntamente ao que recebia pelas aulas particulares financiou todas as cópias de livro e apostilas durante todo o curso. Tirando os livros de anatomia, somente pude comprar livros de medicina depois de formado. No décimo semestre, saí da monitoria e parei com as aulas particulares, então mergulhei no internato com o desafio pessoal de encontrar sentido naquelas exatas quarenta semanas - conforme molde de currículo ainda tradicional da UFPB. Ansiava por me preparar para enfrentar o mercado de trabalho como médico recém-formado da Federal da Paraíba, sem apoio financeiro suficiente para pagar mais um “cursinho” preparatório para a residência.

Atender emergências parecia a única saída visível. Ainda lembro de um professor de obstetrícia recém-contratado pela UFPB, vindo de residência médica em São Paulo, o qual insistia para que eu não fosse “ganhar dinheiro”, pois ainda não era a hora: a prioridade deveria ser entrar na residência médica, qualquer uma, pois depois iria me arrepender de não a ter feito e estaria isolado no mercado médico.

A decisão de fazer residência em Medicina Preventiva e Social no interior de São Paulo, em um programa do qual pouco ou nada havia ouvido falar, está ligada a um grupo autodenominado “Efeito Placebo”. Um tal de Paulo Freire foi me apresentado por um estudante de medicina, o “Marlindo” (alcunha que remetia a sua simpática feição), que na semana de calouros me convenceu de que meus argumentos dialogavam e muito com esse autor. O colega, que era o presidente do Centro Acadêmico de Medicina Napoleão Laureano (CANAL), e seu grupo estavam muito animados por ser a primeira recepção de calouros após serem eleitos. Depois, descobri que este grupo também havia indicado o presidente do Diretório Central dos Estudantes da UFPB, o Vinícius Calango, recém-eleito, e que ocupavam cargos na Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), da qual a estudante (e membro do Efeito Placebo) Erika Viana era representante regional, cargo este que eu viria a ocupar três anos depois. De calouro, acabei assumindo cargos no CANAL, de coordenação de educação médica à Coordenação Geral, e continuei participando ativamente deste grupo até minha partida para Campinas-SP.

O movimento estudantil foi o meu currículo paralelo. Estudei cultura e hegemonia em Gramsci² para entender por que era tão difícil mudar um currículo de medicina em uma escola como a que estudei. Estudei como funciona a sociedade e participei de formação em realidade brasileira, que me levou a compreender que “se o campo não planta, a cidade não janta!”. A extensão universitária me encantou e nesse meio conheci as ideias de universidade popular e de educação popular³ e voltei a ler Paulo Freire.

Fez sentido participar da criação de um projeto de extensão com ação na periferia próxima ao bairro em que morava e refundar o projeto ENEC (Estágio Nacional em Extensão Comunitária) para atuar em um assentamento rural no entorno de João Pessoa. Um médico integralmente formado na cidade não compreenderia o que é um assentamento vinculado à Comissão Pastoral da Terra e o papel fundamental exercido pela associação de moradores para incentivar os jovens a permanecerem no campo, pois muitos agricultores que esperaram

o acesso à terra por anos angustiavam pelo destino de seus filhos ao evadirem do campo para se tornarem pedreiros ou domésticas na cidade, conforme relataram as lideranças locais.

Não sonhei me tornar sanitaria. Contudo, a ideia de que havia uma clara interlocução do Departamento de Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) com o novo agrupamento que ocupava o Ministério da Saúde; bem como existia um coletivo instituinte na cidade com alguns membros egressos do Efeito Placebo; inclusive um deles, Paulo Navarro, era residente do Programa de Medicina Preventiva. Tudo isso se abriu como um campo fértil para dar continuidade ao projeto pessoal de permanecer em movimento, só que dessa vez atuando como médico e diretamente envolvido com um campo inusitadamente obscuro para mim, à época: a Saúde Coletiva.

Ainda fui tentado a me tornar Médico de Família e Comunidade e Comunidade no interior da Paraíba, vinculado à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), com perspectivas de entrada precoce na docência. Contudo, decidi mudar para Campinas. O plano era simples e ousado: em 10 anos concluir residência, mestrado, doutorado, e *enfin* me tornar professor na UFPB.

Em 2011, mudei para a casa de Paulo e Erika, os mesmos mencionados alguns parágrafos atrás. Estavam em Campinas, em Barão Geraldo, ela atuando como Médica de Família e Comunidade concursada pelo município e ele residente no programa que eu estava pleiteando entrar. Durante todo o meu primeiro ano de residência morei com eles. Mudei depois algumas vezes, porém, só saí do Distrito de Barão Geraldo em 2018, já sanitaria, professor universitário pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, mestre em Saúde Coletiva, especialista em Saúde da Família e em Preceptoría em Residência Médica, casado, *grávida* da segunda filha e doutorando em Saúde Coletiva: um ciclo que se fecha com esta tese que aqui se apresenta.

Importa aqui assinalar que produzir ciência no Brasil, a meu ver, é um ato de resistência e de compromisso social. E que se constituir doutor em uma disciplina é um desafio ético, físico, intelectual, quiçá espiritual, não necessariamente nesta ordem. Produzir uma tese, portanto, perpassa caminhos bem demarcados, entretanto, singularmente atravessados por desvios imprevisíveis.

Enquanto escrevo este texto, Bolsonaro ainda é presidente do Brasil. No mestrado, o Governo era Dilma, com o Programa Mais Médicos (PMM) ocupando uma pauta central da Saúde. No meu trabalho de conclusão de curso da residência, estudei o padrão de

gastos e resultados em saúde, destacando quais sistemas universais tidos como modelos investem ao menos 10% de seu Produto Interno Bruto em saúde, o que estava longe de ser a realidade brasileira. Este foi meu tema de entrada no mestrado, então houve a primeira mudança de percurso na minha trajetória de formação como pesquisador: escolhi o Programa Mais Médicos como objeto, em especial o trabalho da supervisão acadêmica e seu papel, no que percebi se tratar de um tripé: apoio-controle-formação. Foi um estudo documental, teórico e em certo ponto autorreferenciado, retratando, a partir do olhar implicado do pesquisador, as experiências vividas no trabalho de supervisão, traçando um paralelo com o que havia de prescrição deste trabalho. Avalio que no mestrado, conduzi um ensaio sobre a atividade de supervisão como ato singular e reconhecendo-a como um ponto chave para análise dos processos e modificações ocorridos no e a partir do PMM.

Deste percurso, decorrente do mestrado profissional - programa este que sugeria abertamente delimitar meu trabalho como objeto de pesquisa - vislumbrei pesquisar no doutorado sobre o trabalho da supervisão à luz da ergonomia, propondo-me a fazer o campo não realizado no mestrado.

Eis que em 2018, impõe-se nova inflexão nessa trajetória: embarquei para Brasília. Titulei-me Médico de Família e Comunidade (MFC), assumi vaga na Unidade Básica de Saúde (UBS) 01 - Asa Sul como MFC e assumi neste mesmo ano como professor da Universidade de Brasília (UnB), junto com Felipe, Erika, Paulo, e posteriormente, Bruno Stelet.

Durante todo o ano de 2019, me mantive na ponte aérea Brasília - Viracopos (Campinas-SP), em especial pelo trabalho de supervisão no Programa Mais Médicos na região de Jundiaí-SP, vinculado à Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP). Persisti na estratégia da supervisão ampliada, um jeito de fazer supervisão que pensamos durante meu mestrado e que resultou da experimentação do método Balint-Paideia neste cenário e que delimitamos melhor em um artigo publicado em revista da UnB. Meu vínculo com o Mais Médicos pela PUCCAMP encerrou já no início do segundo semestre de 2019, entretanto, como esse ainda era meu objeto para o doutorado, faltava acrescentar outra experiência: o Grupo Especial de Supervisão (GES).

Fiquei ainda até o final do ano de 2019 no GES-Pará, que estava vinculado à UnB. Fiz supervisão em um município pequeno e de difícil acesso nesse estado com apoio do exército. Foram horas em estrada de barro (piçarra), para alcançar a cidade, e depois ainda

outros quilômetros até chegar às Unidades de Saúde da Família em que estes profissionais estavam lotados. Nesta mesma *missão*, outros supervisores sequer conseguiram chegar ao município da supervisão devido a um bloqueio na rodovia, e outros tiveram que negociar com os líderes do movimento para conseguir furar o bloqueio. Nesse episódio, entendi o porquê de toda aquela logística ao investir quase três dias inteiros para conseguir acessar quatro médicos brasileiros que se dispunham a atuar em locais tão remotos. Essa foi a segunda experiência mais intensa no PMM, superada apenas pelas atuações nos Módulos de Acolhimento e Avaliação (MAAv), atividade atravessada pela educação médica, políticas de saúde e em íntimo diálogo com a vivência assistencial na Atenção Básica.

A este indivíduo, uno, ainda que social e universal enquanto gênero, adjuca-se papéis tanto para si, quanto esse o atribui a outrem⁴. Do menino que vira homem, do médico que vira sanitarista, do clínico (de Família) que vira professor, marido, pai, e um quase infinito de papéis assumidos, projetados e nem sempre devidamente compreendidos, o *insight* da necessidade de se ver como tal em cada um desses mutuamente desempenhados papéis é algo intrinsecamente inegável dada as circunstâncias presentes.

A interação entre os sujeitos gera experiências, conhecimento, e marca a história destes, mediados pela comunicação/linguagem e acaba por, dessa forma, constituir os indivíduos. Viver é conhecer¹, ou, se pode dizer de outra forma, “dois ou mais organismos, ao interagir de modo recorrente, geram um acoplamento no qual se envolvem reciprocamente na realização de suas respectivas autopoieses”¹.

O indivíduo se constrói, pois, com o outro. Sendo assim, é a partir da captura e da introjeção do mundo externo que se passa à compreensão dos limites do indivíduo⁴, que, por sua vez, passa a ser único/singular, à medida que supera o medo de aprisionamento ou de ruptura umbilical; passa a compreender o seu papel mediado pela experimentação; e seu desenvolvimento psicossocial o impulsiona à apreensão da vida em grupo.

Não caberia aqui traçar uma mera linha do tempo entre sair da Paraíba, chegar em São Paulo e migrar para Brasília, mas sim identificar neste movimento migratório o meu transformar enquanto sujeito pesquisador, que permuta entre médico, sanitarista, de família e comunidade, professor, supervisor, preceptor. Nesse caminho de formação e de tão distintos papéis no trabalho, alguns aspectos de contexto político-sanitário brasileiro modulam o objeto desta pesquisa: redirecionamento da política de Atenção Primária à Saúde (APS); criação de política alternativa ao PMM e polarização da política eleitoral.

Na atualidade, nota-se o esvaziamento do PMM e outros elementos da realidade que ressignificam o trabalho deste pesquisador como objeto de pesquisa. Em verdade, essa tem sido a prática deste, pesquisar seu próprio trabalho: desloca-se da economia da saúde – objeto do meu trabalho de conclusão de curso na residência em Medicina Preventiva e Social - à avaliação de programas dentro da discussão de Recursos Humanos em Saúde (RHS). Outra constatação é que o grande motor que oportunizou o desenvolvimento da pesquisa de mestrado sobre a supervisão acadêmica do PMM e que agora se desdobra em um aparentemente novo objeto de pesquisa é a busca pela compreensão sobre a formação em saúde, para além da pedagogia/andragogia per se, isto é, o devir docente-pesquisador-profissional de saúde é o que impulsiona, atualiza e interliga a minha formação acadêmica.

Falar da minha história nesta apresentação importa, particularmente, no intuito de esclarecer que minha busca enquanto pesquisador está imbricada com a formação docente, sobre o ser docente e em como se dão os processos formativos. Este esclarecimento explica, em parte, a inflexão temática dentro da própria pesquisa de doutorado. Portanto, trata-se de uma mudança de percurso do pesquisador, e não necessariamente da temática no sentido amplo do termo: trabalho em saúde, atenção primária à saúde, educação médica, formação em saúde, ergonomia e agora a territorialização, residência médica, Medicina de Família e Comunidade e comunidade.

Neste sentido, é oportuno selecionar a experiência de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como *reordenadora* do modelo de atenção de Brasília como objeto de pesquisa. A análise deste ente federado, que, por sua característica única no país de ser ao mesmo tempo estado e município, aliado ao fato de ser a sede do Governo Federal, reúne uma curiosa trajetória de implantação de modelos de atenção à saúde, ora de vanguarda, ora conservadora, e que imprimiu um movimento cíclico que levou a capital do país a chegar em 2016 com menos de 30% de cobertura ESF.

Para melhor compreensão deste fenômeno, faz-se um esforço inicial de contextualização da política de saúde brasileira para então desdobrar os elementos que compreendem a Atenção Primária à Saúde e sua implementação no Brasil. A partir dessas referências, busca-se apresentar os caminhos traçados pela saúde pública em Brasília, com atenção especial ao que se nomeou de Nova Política de Atenção Primária à Saúde. Um ponto adicional, proposto pela íntima conexão entre os processos formativos e a política de

conversão de modelo adotado nesse município-Estado, é o da formação em saúde, um campo com desafios prementes à implementação de uma política de APS ampliada no contexto brasileiro.

Diante de tais considerações, a tese está estruturada em cinco capítulos, onde são discutidos, respectivamente: (1) Por que estudar a APS? (2) O contexto da saúde no Brasil; (3) A formação em Saúde e suas interfaces com a gestão e a atenção; (4) Questões de método; e (5) os resultados da pesquisa.

No primeiro capítulo delimitamos o escopo desta pesquisa. Trata de percorrer o caminho que determinou o desenho de uma atenção à saúde em rede, que se apropria de uma agenda de proteção social para determinar outro modo de produzir cuidado em saúde: a APS ampliada.

No segundo capítulo, buscamos contextualizar a política de saúde no Brasil e no Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns elementos da contrarreforma estatal, sua prática necropolítica e outros desafios que são imputados ao Brasil como um todo, como esteira em que se desenvolvem as ações locais brasilienses no campo da saúde.

Fechando o arcabouço teórico da tese, chegamos ao capítulo três, que trata de como a formação em saúde é singular, ainda que guarde particularidades com outras áreas de formação, remetendo-se a pensadores da educação para nos ajudar a pensar a formação em saúde para a APS e buscar nesses autores e na literatura elencada os gargalos e desafios para uma mudança de paradigma de formação, usando a metáfora do preceptor no espelho como dispositivo analítico à compreensão de como acessar uma formação que produza acesso, cuidado qualificado, resolutivo e humanizado.

O capítulo quatro explicita o desenho da pesquisa, de base qualitativa, na qual foi realizado um estudo documental sobre a política de conversão de modelo de atenção à Estratégia Saúde da Família em Brasília, regulamentada pela portaria 78/2017 (apelidado de Converte APS-DF), e seus aspectos contextuais. Uma série de 23 entrevistas semiestruturadas foi conduzida com pessoas com maior entrada em quatro distintas funções:

- Na gestão da política de saúde do DF, especialmente a política da APS;
- Na execução da portaria 78/2017, com funções gerenciais mais diretas ou mesmo inseridos na preceptoria prática, formação teórica, elaboração da avaliação etc.;
- Profissionais de Saúde atuantes na assistência em serviços de APS que efetivamente se submeteram ao Converte APS-DF;

- Profissionais de Saúde atuantes na assistência em serviços de APS que não se converteram ou eram críticos ao Converte APS-DF.

A pesquisa utilizou a análise de conteúdo para tematizar e reconstituir de forma narrativa as trajetórias, desvios e intempéries que o Converte APS-DF provocou na política de saúde do DF e na reestruturação da Atenção Primária à Saúde de Brasília.

O Capítulo 5 retrata o desenvolvimento deste trabalho, tanto em seu aspecto histórico-documental, quanto do material empírico, no qual se estabelece como o ímpeto da gestão pode esbarrar com um conjunto complexo de fatores para a efetiva implementação de uma política, e ainda os aspectos que levam a uma aceleração na implementação de um agenda de reformas do modelo de atenção que dialoga com um paradigma ampliado de saúde e atenção primária, ao mesmo tempo que, paradoxalmente, apresenta uma agenda de reforma do modelo de gestão que aponta para uma reforma setorial mais ampla, aos moldes da Nova Gestão Pública. Trataremos de um mergulho à realidade de saúde de Brasília. Uma série de estudos são trazidos para descrever o histórico sanitário desta cidade-estado-capital, além de se reconstituir parte dos recentes episódios da política local, com importantes reflexos na APS da cidade.

Para se alcançar estes achados, delimita-se a seguinte pergunta de pesquisa: Como o projeto Converte APS-DF, no escopo das mudanças implementadas pelo Programa Brasília Saudável, interferiu no (re)ordenamento do modelo de atenção à saúde de Brasília? Desta pergunta, deriva-se algumas outras:

- Qual(is) o(s) modelo(s) de atenção à saúde do Distrito Federal, especialmente, no que tange à APS;
- O que foi o projeto Converte APS-DF? Qual seu diagnóstico inicial, inspirações e aspirações pretendidas pelos formuladores da política?
- Qual o papel desempenhado pelos implementadores da política, seja no âmbito da gestão ou mesmo como facilitadores do projeto?
- Como as distintas regiões se organizaram para implementar a política?
- Como os participantes do projeto percebem os impactos do projeto, desde seu primeiro contato com a política, sua execução e agora após sua implementação?
- Quais as principais críticas e fatores elencados para não adesão ao projeto pelos profissionais de saúde da APS-DF?

Este estudo está ancorado nas seguintes hipóteses:

1. O modelo de atenção à saúde individualizada, médico-centrada e hospitalocêntrica que prevaleceu até 2010 no DF afeta a constituição de um modelo público de atenção à saúde, de base comunitária, com rede regionalizada e hierarquizada, com

fortalecimento do componente de APS, da Estratégia Saúde da Família e das atividades das equipes.

2. O acúmulo de saberes, conhecimentos e práticas anteriores dos gestores e profissionais de saúde dos serviços e regiões de saúde de Brasília interferem na implantação/implementação da Nova Política de APS do DF.

3. O Converte-APS foi uma ação de gestão catalisadora da mudança do modelo de atenção à saúde do DF, porém, por não ter atingido todas as categorias profissionais, deve ser insuficiente sem o apoio e continuidade de implantação de uma política de conversão de modelo para além das mudanças focadas na Atenção Básica.

Ainda que uma série de outras *afirmações em suspenso* foram elencadas ao longo deste estudo, preserva-se aqui a memória das primeiras afirmações que foram confrontadas no desenvolvimento desta pesquisa. Nos comentários e conclusões, retomaremos estas primeiras hipóteses para discutir os achados da pesquisa.

Para o desenvolvimento dessa discussão, esta tese de doutorado tem como objetivo principal

Analisar como ocorreu a reestruturação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, assim como o papel do Converte-APS nesta reestruturação.

E especificamente,

- Reconstituir aspectos da história da política de saúde do município, com enfoque no período Pré e pós-Converte APS-DF;
- Analisar como o acúmulo de conhecimentos, saberes e práticas desenvolvidos pelos gestores e trabalhadores da APS das distintas regiões de saúde de Brasília interferiram na implantação/implementação do CONVERTE-APS.
- Analisar o papel do Converte APS-DF na implantação/implementação de uma *Nova* Política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal na ótica de gestores e trabalhadores da SES-DF.

CAPÍTULO 1. POR QUE ESTUDAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE (APS) E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)?

1.1. Uma ilustração da evolução dos modelos de atenção à saúde

Cenário 1: Brasil, 1960, zona rural de algum estado brasileiro.

Maria, 17 anos, grávida de nove meses, acorda com dores em baixo ventre. É sua primeira gravidez, mas as mulheres da família sempre tiveram partos fáceis... as contrações aumentam e uma conhecida parteira chega para ajudá-la. O parto demora toda a manhã e, no início da tarde, nasce uma menina, forte e ativa. Vai se chamar Glória Maria. Maria ainda teve oito filhos depois de Glória. Sempre em casa, com ajuda de alguma das 'comadres'. Sempre trabalhou até a véspera do parto, ajudando na casa e na labuta do campo. Em sua história de vida, perdeu dois filhos, levados por febres que não tinham remédio caseiro que cortasse.

Cenário 2: Brasil, 1964, em algum estado brasileiro, na periferia de uma grande cidade.

A família de Maria mudou-se para cidade em busca de melhor condição de vida e trabalho, animada com o desenvolvimento das indústrias. Sua primeira filha casou-se e mora num puxadinho no quintal da casa. Glória Maria tem 17 anos, está grávida do primeiro filho. Esteve pálida e foi ao Posto de Saúde pegar umas vitaminas. Acordou com dores e a bolsa rompeu. Um vizinho tinha uma caminhonete velha e a levou à Santa Casa. Foi internada e levou quase 12 horas para ter o bebê. Acabou ficando alguns dias internada porque a menina, Dina, ficou amarela e acharam melhor ficar em observação.

Cenário 3: Brasil, 1970, periferia da grande cidade.

Dina, 17 anos, está grávida de oito meses do primeiro filho. Seu marido trabalha numa empresa metalúrgica, continuam vivendo na periferia, mas agora em uma vila de operários, numa casinha que o marido vem ampliando nos fins de semana. Como o marido está com carteira assinada, ela pode usar o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Foi duas vezes ao médico ginecologista e na primeira estava com cistite e um retorno e está se preparando para o parto no hospital conveniado do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Passou o dia com contrações aumentando e o marido que tem um velho Chevrolet vai levá-la ao hospital. O parto foi feito pelo médico plantonista do hospital. Maitê é uma menina bonita, magrinha, nasceu com baixo peso.

Cenário 4: 1992, Brasil periferia da grande cidade.

Maitê, 17 anos, está grávida de cinco meses, do primeiro filho e abriram um centro de saúde ali perto de casa, um tal de SUS (Sistema Único de Saúde). Três vezes por semana passa por lá um ginecologista. A atendente de enfermagem já 'abriu' um prontuário, 'tirou' a pressão, pesou e agendou uma consulta com o médico. Fez exame de urina e o exame de prevenção de câncer de colo de útero. O marido trabalha por conta e, assim, ela não tem convênio médico, mas parece que vai poder fazer o parto no hospital municipal, com o plantonista do dia, quando chegar a hora. Também recebeu alguns folhetos e aos oito meses fez a ecografia agendada uns meses antes. A ecografia mostrou ser uma menina. Quando a bolsa rompe, vai para o hospital, já alertada para isso. Foi internada e como o parto demorou, fez a indução para que ocorresse mais rápido. Nasce Giovana, uma menina grande e bonita.

Cenário 5: Brasil, 2008, bairro de classe média, antigo bairro operário.

Giovana, 17 anos, grávida de oito meses, acompanhada pela Unidade Básica de Saúde (UBS) local, pela equipe Lua, da Estratégia da Saúde da Família. Quando a menstruação atrasou, foi à unidade e fizeram os exames que confirmaram a gravidez. Foi inscrita para acompanhamento, fez a primeira consulta com a enfermeira e a segunda com o médico. Como tudo correu bem, as outras consultas de acompanhamento foram feitas pela equipe. Com sete meses passou por nova consulta médica e fez a

ecografia, uma menina. Fez no total seis consultas, com acompanhamento de pressão, peso e crescimento do abdome. Fez exames de sangue e urina, prevenção, tudo em ordem. Teve a filha Tatiana no hospital municipal, tudo correu bem. Quando completou uma semana, recebeu visita domiciliar para ver como o bebê estava. No período recebeu outras visitas domiciliares, pois sua mãe, Maitê - que mora na edícula - teve um agravamento da diabete.

Fonte: elaborado pelo autor.

De Maria à Tatiana, tal qual uma *Vida Maria*¹, quais repetições, ou melhor, quais peculiaridades as marcam em suas trajetórias de vida? O cuidado em saúde a elas ofertado variou em que aspectos nesses pouco mais de 60 anos de história?

Abre-se este estudo com narrativas construídas como exercício ilustrativo para que se possa estabelecer aqui um paralelo temporal e processual entre as práticas de cuidado em saúde e complexo de mudanças ocorridas nos modelos de atenção à saúde do Brasil. Alerta-se para o fato de se tratar de um exercício de ilustração, e não de uma descrição inusitada de patologias, sendo proposital o recorte temporal com início no ano de inauguração da nova capital brasileira – Brasília.

Silva Junior e Alves⁵ (p. 27) definem modelo assistencial como “uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.” Na análise das modificações dos modelos assistenciais, os autores as correlacionam às modificações da tecitura social brasileira, em especial após a década de 1970. Esses mesmos autores apontam que, nesse período, o mundo passou a discutir mais acirradamente os modelos tecno assistenciais frente aos avanços tecnológicos produzidos no período e um crescente de gastos em saúde, culminando na elaboração de diversos modelos alternativos, sendo que “prevaleceram as propostas que enfatizavam a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente. A mais difundida foi a de atenção primária à saúde ou medicina comunitária” (⁵, p. 31). No âmbito brasileiro, a oposição ao vigente governo militar assume essa proposta como estratégica política e sanitária, visando a redemocratização e a universalização da assistência à saúde.

Costa et al⁶ reforçam este entendimento de que a reforma sanitária é parte de um processo de transformação de práticas de saúde, mobilização social e busca pela “reorientação

¹ Em alusão à animação curta metragem “Vida Maria”, que retrata a história de gerações de mulheres de uma família do Nordeste brasileiro frente ao desafio da vida no campo, como menina, mulher, mãe, dona-de-casa e sua resignificação dos sonhos de infância, percorrendo de forma avassaladoramente sensível as iniquidades das relações de gênero e ainda da cultura, do trabalho e da pobreza. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=yFpoG_htum4.

do modelo assistencial vigente e hegemônico no país, pautado em uma atenção médico-assistencial privatista” (p. 114). O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) ganha fôlego na década de 80, em meio à redemocratização, com a seguinte agenda⁶: “reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar” (p. 114).

O “tríplice conceito-signo”⁷ do MRSB – Universalidade, Integralidade e Equidade – é postulado como utopia a ser alcançada e base para o processo instituinte que se apresenta “em Defesa da Vida”. Neste sentido, a 8ª CNS (Conferência Nacional de Saúde)⁸, datada de 1986, produz um substrato importante para o reordenamento do modelo de atenção, tendo em vista seus três temas:

1. Saúde como direito;
2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde;
3. Financiamento do setor.

A relatoria da 8ª CNS explicita na introdução do relatório final⁸ os principais pontos da conferência: (1) a necessidade de ampliar o conceito de saúde e o papel do Estado Brasileiro no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde; (2) a defesa de que o novo Sistema Nacional de Saúde deve ser de caráter público e o setor público na saúde deve ser expandido e fortalecido, recusando naquele momento a estatização imediata dos serviços privados; (3) a manifestação em prol da separação entre a Saúde e a Previdência Social, sendo a esta responsabilizadas apenas as ações da seguridade social (pensões, aposentadorias e demais benefícios), enquanto a Saúde passará a ser regida por um órgão único, a nível federal, com características novas e financiamento próprio; e (4) o estabelecimento de uma série de diretrizes para o financiamento do setor, através de um orçamento social, com fonte estável de financiamento e previsão de uma transição gradativa de orçamento entre os gastos da Previdência com a saúde e os recursos que irão financiar o setor.

Percebe-se que, diante de um novo marco conceitual de saúde (ampliado de seu enfoque patológico-curativo), novos arranjos são necessários, em contraponto ao que era praticado e regulamentado até aquele momento: “dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários”⁶ (p. 115). Lideranças populares, intelectuais da

saúde, movimentos sociais e entidades diversas aglutinam saberes e práticas que, construídos social e historicamente, levam à implementação de um ideário de base solidária, consolidado nos escritos da Constituinte de 1988.

A Constituição Cidadã (1988), em seus artigos 196 a 200⁹, sintetiza o acúmulo teórico-político-social do MRSB, e a partir da efetiva regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) – marcadamente pelas leis 8.080¹⁰ e 8.142/90¹¹, e, mais tardiamente, pelo decreto 7508/2011¹², o desenho deste novo sistema nacional de saúde ganha corpo. Contudo, o escrito constitucional é insuficiente para estabelecer novas práticas de cuidado e reversão de modelo e uma série de reformas incrementais são implementadas¹³ no decorrer destes pouco mais de trinta anos de SUS.

É com o Programa Saúde da Família (PSF), depois transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), que a diretiva de reordenamento do modelo de atenção¹⁴⁻¹⁷ toma corpo. Parte-se da premissa de que a mudança do modelo de atenção perpassava a mudança de objeto da atenção¹⁸. O objeto precípua da prática assistencial passa a ser a família inserida no contexto de um território-saúde. Trata-se de um enfoque distinto do que a Saúde Coletiva propunha, já que esse campo de saberes e de prática social engajada apontava para as Necessidades de Saúde⁷ como melhor objeto de atenção e intervenção¹⁹.

1.2.PSF – uma experiência brasileira de APS integral

A história do PSF já foi publicada em livro²⁰ e se trata de política pública com resultados em saúde consistentes^{21,22}, que se consolida como principal modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) adotado no Brasil^{14,23}. Contudo, apesar da ESF ter conseguido certa hegemonia como modelo assistencial, especialmente nos pequenos municípios, essa política foi catalisadora de intensos debates junto à Saúde Coletiva²⁴, especialmente quanto ao seu aparente caráter focalizado e seletivo²⁵.

Nesse aspecto, tal caráter remeteria ao modelo de organização e enfoque descrito pela Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)²⁶ como Atenção Primária à Saúde (APS) seletiva, em distinção aos modelos: Atenção Primária; Alma-Ata APS “Ampliada”; e Enfoque de Saúde e Direitos Humanos. Esses modelos são

descritos como distintas abordagens da APS, cujo enfoque advém das formulações de Vuori^{27,28}. (Ver Quadro 1, na sequência deste texto).

A APS seletiva (APS-S) recebe ainda, de forma crítica, a denominação de “Atenção Primitiva” (Testa *apud* Paim & Almeida Filho¹⁹), uma clara contraposição à APS integral²⁹(APS-I), que fora formulada em 1978.

Hanna Vuori²⁷, ao analisar os principais problemas para o desenvolvimento da Atenção Primária na Europa, deslindou três falácias sobre a APS:

1. ² Primary health care is something new, invented at the Alma-Ata Conference on Primary Health Care and since propagated by the World Health Organization.
2. Primary health care is something for the developing countries, irrelevant for the needs of the industrialized countries.
3. Primary health care is identical with primary medical care. ²⁷

Vuori esclarece que os conceitos apresentados na Conferência de Alma-Ata (1978) já eram trabalhados pela OMS há bastante tempo, ainda que sob a alcunha de Atenção Integral à Saúde ou de Atenção Básica à Saúde²⁷ e exemplifica as reformas sanitárias promovidas pela Finlândia em 1972 como iniciativa anterior a esta conferência e das mais bem estudadas e exitosas no que tange à implementação da APS²⁷. Esclarece, ainda, que APS é uma estratégia que supera a concepção seletiva, restrita a um pacote básico de serviços essenciais²⁷ de saúde para além do paradigma do *poor care for poor people*³ e acrescenta a distinção entre as práticas estritamente médicas na Atenção Primária (*Primary Medical Care*) do que de fato seria a APS²⁷.

Vuori²⁷, então, sistematiza quatro eixos para a sua construção conceitual de APS:

1. APS como um conjunto de atividades;

² Em tradução livre: “1. A atenção primária à saúde é algo novo, inventado na Conferência de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde e, desde então, propagada pela Organização Mundial da Saúde. 2. A atenção primária à saúde é algo para os países em desenvolvimento, irrelevante para as necessidades dos países industrializados. 3. Os cuidados primários de saúde são idênticos aos cuidados médicos primários”

³ Traduzido, em algumas referências no Brasil como “SUS pobre para pobre”, alusão às políticas induzidas pelo Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional. Cf. Reis²⁷⁵: “Durante a reunião do Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro no 3º Congresso de Política, na manhã do dia 3 de maio [de 2017], em Natal, Nelsão lembrou a todos sua opinião sobre qual é o Sistema Único de Saúde que existe no Brasil – ‘Nós temos o SUS da Constituição, temos o SUS pós-constitucional e temos o SUS real, que é uma mistura dos dois. O SUS constitucional é o resultado da mobilização da população, consciente dos seus direitos, querendo uma política pública de direitos de cidadania. O SUS pós-constitucional é o SUS ditado economicamente pelo FMI [Fundo Monetário Internacional] e socialmente pelo Banco Mundial – tem dinheiro só para políticas focais e compensatórias; o SUS pobre para pobre. Os dois SUS convivem e conflitam permanentemente’.

2. APS como um nível de atenção;
3. APS como uma estratégia de organização da atenção à saúde;
4. APS como uma filosofia.

É dessa construção de Vuori que a OPAS e a OMS²⁶ esboçam as quatro abordagens de APS descritas no Quadro 1, abaixo.

Quadro 1. Abordagens da Atenção Primária em Saúde

Abordagem	Definição ou conceito de Atenção Primária em Saúde	Ênfase
APS Seletiva	Enfoca uma “cesta básica de serviços” –número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento. Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (<i>Growth</i> - monitoramento de crescimento; <i>Oral rehydrattion</i> - terapia de reidratação oral, <i>Breastfeeding</i> – amamentação; <i>Immunization</i> - e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar (GOBI–FFF).	Conjunto específico de atividades de serviços de saúde voltados à população pobre
Atenção Primária	APS como <u>porta de entrada do sistema de saúde</u> e local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Trata-se da concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar.	Nível de atenção em um sistema de serviços de saúde
“APS abrangente de Alma Ata”	A Declaração de Alma Ata (1978) define a APS como “atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter... É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade, e traz os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde se vive e trabalha, e constitui o <u>primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde</u> ”.	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde
Enfoque em Saúde e Direitos Humanos: APS Integral.	<u>Saúde como direito humano</u> , e para isso é necessário abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Difere em sua ênfase sobre as implicações sociais e políticas da declaração de Alma Ata mais do que sobre os próprios princípios. Defende que o enfoque social e político da APS abandonou aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação”, se pretendem alcançar melhoras de equidade em saúde.	Uma filosofia que permeia os setores social e de saúde

Fonte: adaptado de OPAS/OMS²⁶

Starfield³⁰ incorpora a contribuição de Vuori para mapear as mudanças necessárias para a conversão da *Primary Medical Care* em uma APS ampliada (ver Quadro 2). Trata-se de uma formulação^{27,30} que busca disputar o ideário sanitário vigente nos países industrializados, em especial os da Europa, onde mesmo apresentando distintas realidades nos sistemas nacionais de saúde, todos os países ainda careciam de importantes avanços para se alcançar o apregoado em Alma-Ata.

Quadro 2. Da atenção médica primária à atenção primária à saúde

Convencional	Atenção Primária
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da Saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor de saúde	Colaboração intersetorial
Domínio pelo profissional	Participação da Comunidade
Recepção passiva	Autorresponsabilidade

Fonte: Starfield³⁰ (2002, p. 33).

Ainda que derivada de um acúmulo de saberes e práticas, a contribuição trazida pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), entre 6 e 12 de setembro de 1978, foi emblemática para a Saúde Pública, ao trazer à agenda política mundial a concepção ampliada de saúde, e por conseguinte de um novo paradigma assistencial – a **Atenção Primária à Saúde**³¹

Reis *et al*³², ao realizarem inquérito sobre o acesso e utilização de serviços de APS por pacientes em São Luís, apontam que a APS “à brasileira” vai ao encontro da definição elaborada por Starfield:

que define a APS como uma orientação do sistema de saúde para assegurar: a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas de saúde; atenção sobre a pessoa de maneira longitudinal; atenção para todas as enfermidades, excetuando-se aquelas muito incomuns ou raras; e integração da atenção oferecida em outro nível. De tal conceito captam-se os quatro atributos ou características essenciais da APS: porta de entrada, longitudinalidade, integralidade e coordenação.³²

O modelo de atenção do SUS, desde sua fundação, é tencionado para se aproximar do paradigma ampliado da APS. O primeiro Caderno de Atenção Básica³³, publicado em 2000, deixa claro que a proposição do PSF (Programa Saúde da Família) seria o de reversão do modelo assistencial vigente:

A nova estratégia do setor saúde, representada pelo Programa de Saúde da Família não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas, sim, como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão. Está, assim, estruturada na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas setoriais e afinando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. (p. 9).

Silva *et al*³⁴ - em sua revisão da produção científica brasileira sobre a APS no período de 1998 a 2010 - analisam as mudanças de modelo de atenção instadas pela ESF (Estratégia Saúde da Família) e verificam que:

A maior parte dos estudos apresenta mudanças parciais no modelo vigente, alguns ainda apresentam a implantação de um “programa paralelo”, sendo poucos os municípios nos quais a ESF realmente tenha desencadeado a reorganização do sistema de saúde.

O caráter substitutivo da ESF não foi evidenciado na maioria dos estudos. Foi predominante o caráter da universalização do acesso aos serviços de saúde, a extensão de cobertura e a focalização. (p. 224).

Cecílio³⁵ critica a postura tecnicista da produção científica sobre os modelos assistenciais, que muitas vezes produz uma racionalidade que tenta enquadrar as pessoas que buscam assistência em um lugar de “usuário”, de comportamento previsível, passível de ser encaixado em modelos idealizados de fora do contexto real, cotidiano. Partindo dessa crítica, o autor esclarece que o campo da defesa do SUS produz distorções ao defender um modelo tecno-assistencial na lógica de uma pirâmide. A pirâmide reforça um falso caminho a ser percorrido pelo usuário, com incorporação crescente de tecnologias de alta densidade, e, por que não, de melhores resultados e legitimidade, ou seja, explicita uma construção de racionalidade que reforça o modelo em que o hospital é o centro do cuidado, dado seu caráter aparentemente mais resolutivo, no topo da hierarquia assistencial.

Se não seria na base de uma pirâmide, onde seria o lugar mais vantajoso para a Atenção Primária estar? Cecílio³⁵ responde, trazendo a seguinte proposição:

Repensar o sistema de saúde como círculo tira o hospital do "topo", da posição de "estar em cima", como a pirâmide induz na nossa imaginação, e recoloca a relação entre os serviços de forma mais horizontal. E que não se veja aqui apenas um jogo de palavras. A lógica horizontal dos vários serviços de saúde colocados na superfície plana do círculo é mais coerente com a ideia de que todo e qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica, que deve ser colocada a serviço da vida dos cidadãos. Por esta concepção, o que importa mais é a garantia de acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do sistema de saúde. Trabalhando assim, o centro de nossas preocupações é o usuário e não a construção de modelos assistenciais apriorísticos, aparentemente capazes de introduzir uma racionalidade que se supõe ser a melhor para as pessoas. Ter acesso aos serviços de um centro de saúde é, em incontáveis situações, mais importante do que ter acesso a qualquer serviço oferecido pelos hospitais hoje. Nestas situações, o centro de saúde é o "topo" para um número imenso de usuários. Repensar o sistema de saúde como círculo pode ser uma ótima estratégia, afinal, para se quebrar a dura hegemonia do hospital e recolocar a rede ambulatorial de serviços em outro patamar de reconhecimento pelos usuários. (p.477-78).

Um sistema de saúde reordenado enquanto rede assistencial horizontalizada, em círculo, desloca a centralidade do sistema dos serviços/hospitais para a pessoa. O usuário, agora no centro do cuidado, impulsiona a extrapolação da atenção focalizada nas necessidades básicas, e se ancora em uma produção de cuidado singularizada e reorientada para a família e para a comunidade/território: seria esse o modelo de atenção que se espera orientado, ou convertido ao ideário presente na ESF? Se de certa forma, o acesso foi ampliado desde a implantação da ESF³⁴, resta ainda avançar na perspectiva de um trabalho em saúde que promova cuidado integral e equânime, em outras palavras: cuidado que atenda às necessidades de saúde.

1.3. Entre as Necessidades de Saúde e a(s) Integralidade(s): dilema da APS à brasileira

Paim & Almeida Filho¹⁹ (1998) indicam que a Saúde Coletiva, além de um campo de saberes, é compreendida como um âmbito de práticas e neste âmbito toma-se por objeto as necessidades de saúde. Necessidade de Saúde, para Cecílio³⁶ envolve, esquematicamente, quatro grandes conjuntos: “necessidades de boas condições de vida, necessidade de acesso e consumo de toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, necessidade de vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde, necessidade de autonomia no modo de

andar a vida”. (Figura 1). Nesse mesmo trabalho, Cecílio³⁶ delinea que a atenção às Necessidades de Saúde é atravessada pela Integralidade e Equidade.

Equidade é traduzida por Ayres³⁷ pela exigência de se “pactuar com todos o que cada um necessita” (p.14), e para definir Integralidade, este mesmo autor pondera que “O princípio da Universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, [...], mas a Integralidade nos desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um.” (p.14). Para explicitar o desafio de se fazer cumprir a integralidade, Ayres³⁷ propõe um diagrama dos quatro eixos da Integralidade: Eixo das necessidades; Eixo das finalidades; Eixo das articulações; e Eixo das interações.

Esses quatro eixos apontam para uma Integralidade de perspectiva mais centrada na necessidade da pessoa/indivíduo até um ponto que transpasse a noção segmentar da saúde, no sentido de uma intervenção interdisciplinar, intersubjetivo e intersetorial, Integralidade como um princípio – de aspiração ontológica – assim como uma diretriz – da ordem pragmática e operacional - do SUS, um “princípio-diretriz”, nas palavras de Carnut³⁸.

Stotz³⁹ (2016) atualiza o conceito de Necessidade de Saúde ao contexto de avanço do “Consenso de Washington” em torno do *Welfare State*.

Os eixos da Integralidade, conforme proposto por Ayres³⁷, produzem interface sutil com os quatro conjuntos que compõem as necessidades de saúde (Figura 1), tal qual esquematizado por Cecílio³⁶, e, em algum grau, com os ditames da Promoção da Saúde (PDS), vis-à-vis Lalonde⁴⁰ (1974).

O caminho operacional e pragmático de interpretação da integralidade é o escolhido por autores e lideranças da Medicina de Família e Comunidade e comunidade (MFC) no Brasil, que têm defendido “cuidado abrangente” como o conceito que melhor traduz o verbete inglês que lhe dá origem: *comprehensiveness*⁴¹. O capítulo 4⁴¹ do Tratado de Medicina de Família e Comunidade e Comunidade, livro editado por alguns dos principais nomes da MFC, trata da APS e busca conceituá-la de forma “mais técnica e menos política que a de Alma Ata”, explicitando sua intenção de propor uma hierarquia valorativa entre os princípios da APS (elencando acesso como “princípio soberano”, dentre os atributos nucleares, a saber: “acesso, coordenação, integralidade e longitudinalidade” p.181), para então assumir a crítica tanto sobre as práticas assumidas pela ESF - esta que erroneamente “dá mais importância aos atributos derivados” da APS, a saber: “foco na família, orientação comunitária e competência cultural” p. 182 - quanto ao que era formulado pela Saúde

Coletiva para a APS, em especial a crítica à má compreensão deste campo no que tange ao real significado da integralidade na APS: ampla oferta de serviços, ou seja, uma carteira de serviços abrangente.

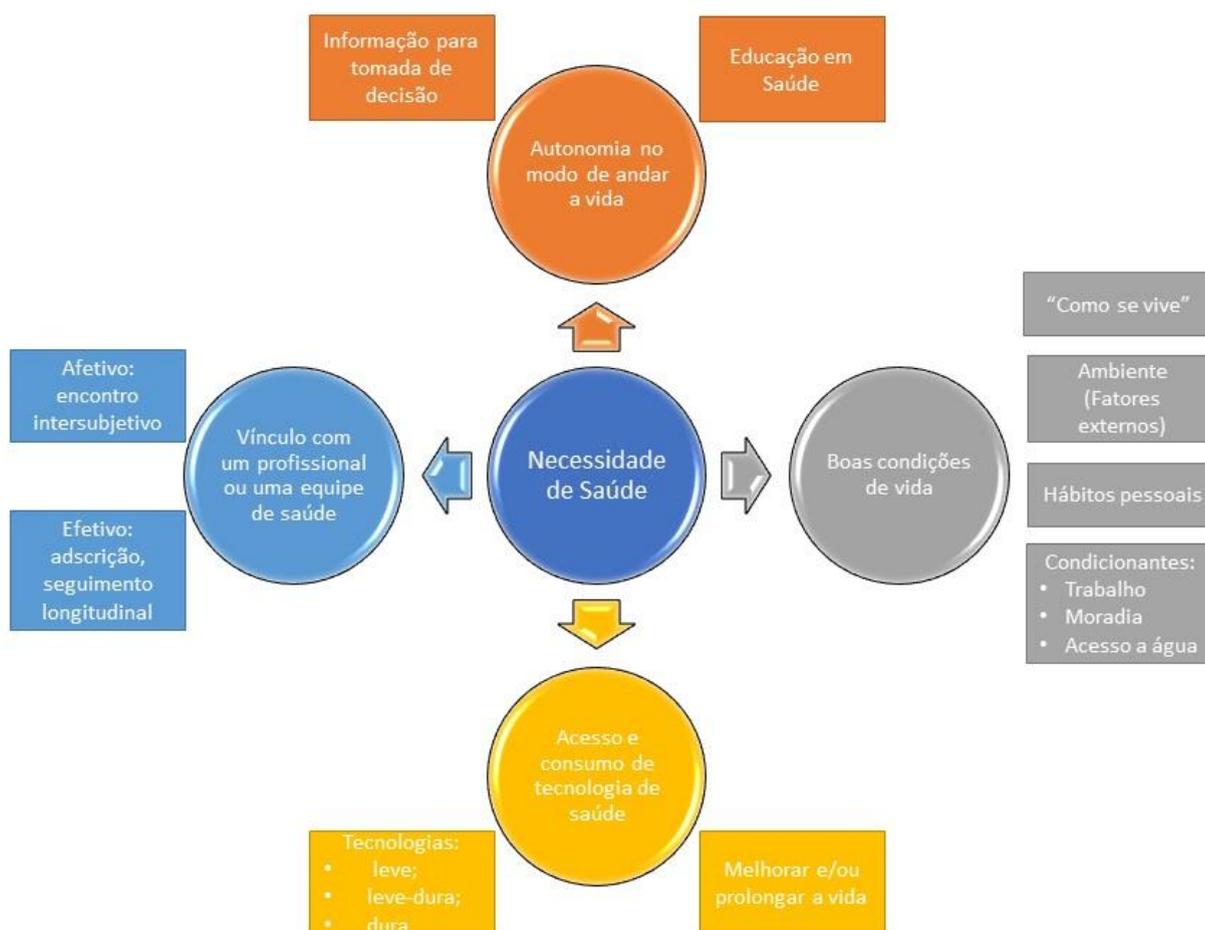


Figura 1. Taxonomia das Necessidades de Saúde.

Fonte: elaborado pelo autor, com base em Cecílio⁷ (2001).

Lima⁴² (2019), em sua dissertação, aponta que a centralidade da MFC foi deslocada da Integralidade – defendida em 2002 como principal atributo que dá sentido à própria especialidade, em distinção às outras especialidades médicas, estas tidas como não-integrais (ou apenas “especialistas focais”) – para centralidade no Primeiro Contato/Acesso. A busca por uma identidade da MFC pode explicar parte do processo histórico que levou a este deslocamento⁴¹, e a perspectiva de uma formação generalista em detrimento de uma formação especializada será retomada no capítulo 3 desta tese.

Motta e Siqueira-Batista¹⁴ retomam os avanços e retrocessos da ESF e descrevem que, das críticas mais presentes a ESF, o principal nó crítico é o desafio para a compressão e prática da Integralidade na APS. Sobre a superação desse nó, orientam a reorganização do processo de trabalho como um caminho possível para a efetivação do cuidado integral:

A proposta para sobrepujar os desafios para efetivar a atenção e o cuidado integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede primária e vai se somando a outras ações de atenção à saúde. No caso da APS, a construção da integralidade do cuidado supõe a redefinição das práticas, no sentido de criar vínculos, acolhimento e autonomia que valorizem a singularidade dos sujeitos como pontos de partida para qualquer intervenção. A compreensão e o exercício da integralidade como articulação entre as diferentes dimensões do cuidado – promoção, prevenção, tratamento e recuperação – em saúde devem ter como referência a prática de um cuidado integrado em saúde. Evidencia-se um esforço que deve partir, inicialmente, dos trabalhadores e dos gestores da saúde (p. 202).

Andrade *et al*⁴³ reconstróem a trajetória da APS no Brasil e fazem um paralelo entre o movimento internacional promovido pela OMS e as mudanças ocorridas nos modelos técnico-assistenciais brasileiros. Esses autores estabelecem alguns marcos de movimentos sanitários que subsidiaram os respectivos modelos de atenção (Quadro 3).

O modelo internacionalmente referenciado como *Primary Care* (Cuidados primários em Saúde), reforça a ideia de APS como porta de entrada do sistema que, em associação com os ditames da Medicina de Família e Comunidade (experiência canadense⁴⁴, cubana, sueca e inglesa), subsidia a formulação da ESF, a qual se coloca em contraponto ao modelo médico hegemônico: o modelo a ser substituído/convertido²³. Fertoni²³ *et al* produzem um interessante quadro-síntese sobre esse contraponto (Quadro 4).

Percebe-se que Starfield³⁰ (2002) e Fertoni *et al.*²³ (2014) trazem críticas compartilhadas ao modelo assistencial vigente. A resposta perpassa pela construção de um modelo que supere o paradigma biomédico, tanto na sua interface de formação de recursos humanos em saúde (*flexneriano*^{16,19,45,46}), de atenção (médico-centrado, hospitalocêntrico, episódico, *hiperespecializado*, fragmentado e normativo^{14,23,47,48}), quanto no modelo de gestão (taylorizado, ou fundamentado na Nova Gestão Pública⁴⁹⁻⁵⁷).

Quadro 3. Marcos dos Movimentos sanitários no Brasil: tempo x política, do Brasil-colônia aos tempos atuais.

Movimentos Sanitários no Brasil	
PERÍODO HISTÓRICO	POLÍTICAS E PROJETOS IMPLEMENTADOS
Antecedentes do nascimento da Saúde Pública no Brasil	
Período colonial até início século XX	Precária organização dos serviços de saúde
Sanitarismo campanhista	
Início do século XX até meados de 1960	Criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), posteriormente reunidos nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP)
Modelo liberal-privatista	
Meados de 1960 a meados de 1980	INAMPS e o fortalecimento da saúde suplementar
Movimento da Reforma Sanitária Brasileira	
Meados de 1980 a 1990	SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) ao SUS e os distintos modelos assistenciais: Modelo em Defesa da Vida (Campinas-SP); Ação Programática em Saúde (São Paulo-SP); Sistemas Locais de Saúde (Silos).
SUS e a Estratégia Saúde da Família (ESF)	
1990 até 2015-2016.	Fim do INAMPS. Fortalecimento do SUS, com as NOB 92 e 96, NOAS e Pacto pela Saúde. Criação do Programa Saúde da Família, posteriormente convertido à ESF. Publicação da Política Nacional da Atenção Básica.
Desconstrução do SUS	
2016 até os dias atuais	Emenda Constitucional 95, que congela os gastos em saúde. Publicação da PNAB 2017, que flexibiliza o modelo ESF, passando a prescindir do ACS para financiamento de equipes. Implantação de modelos gerencialistas, por intermédio da política do Previn Brasil.

Fonte: elaborado pelo autor, com base no artigo de Andrade et al⁴³ e outras publicações.

Se na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) 2012 fica indicada a noção de integralidade para além de um cuidado abrangente²³, ou seja, mais alinhado ao sentido de saúde como direito social em detrimento de uma carteira de serviços pertinente a uma clientela adscrita, a PNAB 2017 é criticada por autores⁵⁸⁻⁶⁰ da Saúde Coletiva por ter se deslocado para uma aproximação da APS com as práticas do mercado. Este deslocamento é reforçado após a revisão do modelo de financiamento atrelado a uma progressiva implementação da política de pagamento por performance⁶¹.

Quadro 4. Características do modelo biomédico e da ESF/PNAB (2012)

Modelo Biomédico	Saúde da Família
Modelo queixa-conduta, com pouca	Crítica ao modelo Biomédico.

R A C T E R Í S T I C A S	interlocução com a promoção e prevenção, hegemônico na maioria dos serviços de saúde.	Articula ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, e reabilitação.
	Foco individual, episódico e estratificado por órgão ou patologia específica.	Foco na família, grupos e comunidades. O indivíduo é entendido com um ser histórico e social, que faz parte de uma família e de determinada cultura. Considera os determinantes de saúde – doença para o planejamento em saúde e propõe promoção da autonomia e da qualidade de vida.
	Trabalho fragmentado, hierarquizado e centrado no médico.	Prevê o trabalho em equipe multiprofissional que deve atuar na perspectiva interdisciplinar.
	Desintegrado, tanto no entendimento da multidimensionalidade do ser humano, quanto na integração entre níveis de atenção. Falta de comunicação e integração entre os serviços que compõem as redes.	Resgata o conceito de integralidade, indicando a atenção básica como porta privilegiada de acesso, articulada aos demais níveis de atenção. Prevê a construção de uma rede integrada de serviços de saúde que atenda o conjunto das necessidades de assistência de indivíduos e populações. A relação entre os níveis de complexidade inclui referência e contrarreferência.
	Fundamentado no modelo <i>flexneriano</i> de 1910. Profissionais de saúde formados por currículos que pouco valorizam o SUS e o modelo da Saúde da Família.	Fundamentado no modelo integral e sistêmico. Reconhece a importância de formar recursos humanos para o SUS.
O planejamento em saúde é pouco utilizado como ferramenta de gestão e temas como vínculo e acolhimento não são priorizados.	Assume como um dos eixos centrais das práticas, a construção de relações acolhedoras e de vínculo de compromisso e de corresponsabilidade, entre os profissionais de saúde, gestores e população.	

Fonte: Adaptado de Fertoni²³ et al. (2014, p. 1874)

O falso dilema, então, apresenta-se, tendo em vista que a busca pela salutar qualificação⁶²⁻⁶⁴ dos profissionais vinculados à APS no Brasil ao perpassar por medir o desempenho das equipes e nesta medida definir que os resultados podem estar vinculados ao processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde^{61,65-67}, assume-se o risco de se desconsiderar aspectos estruturais, financeiros, políticos e sociais, que atravessam desde a formação individual deste profissional⁶⁸⁻⁷⁰, ao acesso à coleta de um exame, até mesmo a decisão de oportunizar a realização da hemoglobina glicada para um paciente diabético⁷¹.

O reordenamento do modelo assistencial só é possível através do fortalecimento da APS^{30,72-75} e este fortalecimento carece de investimentos estruturais, apoio à qualificação dos processos de trabalho, medidas de apoio logístico-diagnóstico e uma série de rearranjos institucionais não isolados em um determinado ponto de atenção, tão pouco restritos ao

universo administrativo-burocrático do setor saúde. Mesmo que inacabado, o processo de implantação da APS tem sido medido por indicadores com forte influência no clássico modelo de Donabedian⁶⁹ (Estrutura-Processo-Resultado), alcançando quadros-analíticos sofisticados, como o proposto pela *Primary Health Care Performance Initiative* (PHCPI⁴).

Destacam-se duas medidas que analisam a implementação da APS e seus resultados. A primeira é um indicador mais geral: cobertura populacional em saúde. A iniciativa Saúde para Todos no ano 2000 (SPT-2000)^{19,76-79}, movimento capitaneado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no contexto pós Alma-Ata, culmina com a articulação do movimento de Cobertura Universal de Saúde (UHC - do inglês *Universal Health Coverage*) para o ano de 2030^{76,77}. A crítica ao UHC tem sido desenvolvida por conta do retorno à focalização em uma APS-S com um pacote mínimo de serviços para suprir as necessidades mais básicas de saúde, ainda que se reconheça que é a partir do acesso aos serviços de saúde que se desencadeiam boa parte das ações de cuidado às populações mais vulneráveis.

No Brasil, com a expansão da ESF, houve um aumento na cobertura da APS. ao partir do Gráfico 1, é possível inferir uma tendência linear (seta ascendente com linha dupla) pelo aumento da cobertura de equipes de Saúde da Família (EqSF). Nota-se que na atual composição de equipes existe a prioridade do modelo de Estratégia Saúde da Família, ainda que cerca de 10% da cobertura em APS se deva a equipes de Atenção Básica Tradicional (ou parametrizadas, com médicos especialistas focais em composição para apoio mútuo entre as equipes e apoio às demandas que fossem pertinentes a cada especialidade), como pode ser visto no gráfico pela sigla “%cobertura_eAB_br” (linha tracejada)

O segundo destaque se dá no desenvolvimento de inquéritos nacionais de saúde, que analisam desde a percepção das pessoas quanto ao acesso/uso dos serviços de saúde, como alguns elementos de vínculo, como longitudinalidade. Na APS, o *Primary Care Assessment – Tool* (PCA-Tool), desenvolvido a partir das elaborações de Starfield, tem sido uma referência internacionalmente utilizada e validada em diversos países, inclusive no Brasil.

41. Iniciativa fundada em 2015 pela OMS, pelo Banco Mundial e pela Fundação Bill & Melinda Gates, traz uma série de indicadores monitorados na forma de painel de situação, com comparativos entre países e um *Framework* próprio da iniciativa. Ver mais em: <https://improvingphc.org/about-phcpi>

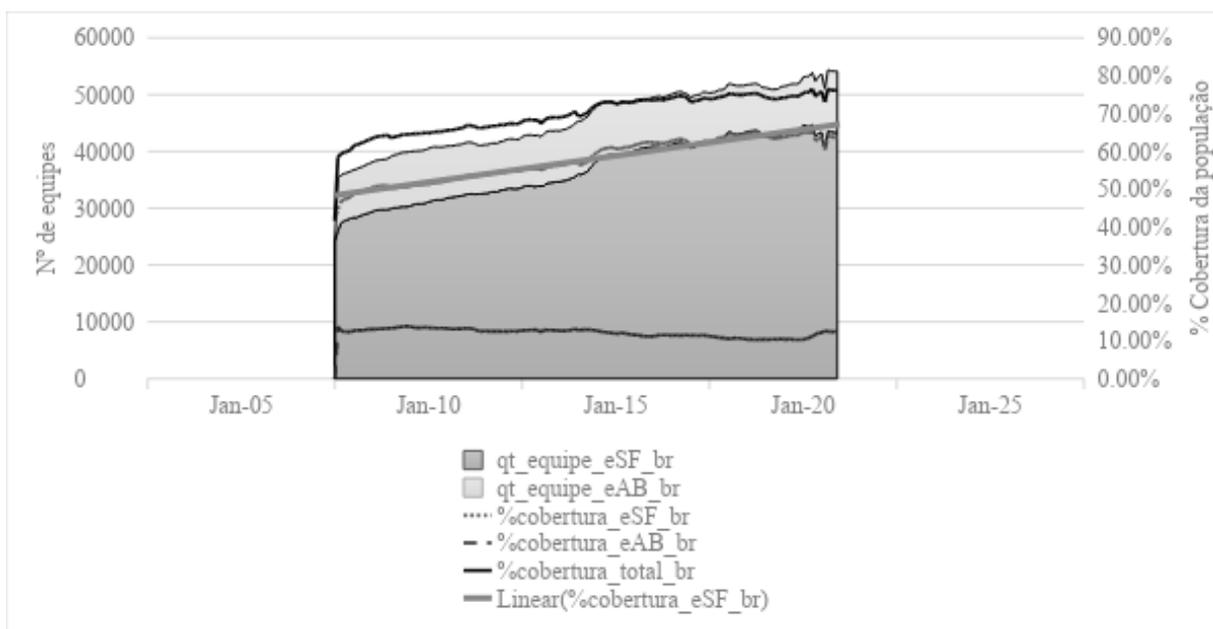


Gráfico 1. Cobertura percentual e número de equipes na APS no Brasil entre 2007 e 2020: diferenciação entre equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Básica Tradicional/equipe de Atenção Básica Parametrizada (eAB).

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados extraídos do e-Gestor AB. Consulta realizada em 06/2021.

No Brasil, além do inquérito realizado pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a Pesquisa Nacional de Saúde é o principal inquérito nacional em saúde, que inclusive incorporou em sua última edição (PNS 2019) alguns elementos do PCA-Tool. A PNS 2019⁸⁰ (Tabela 1, a seguir), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), traz um retrato de como o brasileiro avalia a saúde no SUS, e a APS, a partir do momento em que se estabelece o primeiro contato com os serviços de saúde.

Um primeiro debruçar sobre a Tabela 1 revela que somente o Mato Grosso atingiu a nota de corte (≥ 6.6) do instrumento aplicado, enquanto a média brasileira também está aquém do que se preconiza para a APS; e que a região Sul ainda é muito bem avaliada. O DF (no destaque) tem nota abaixo da média nacional e regional, ainda que semelhante aos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo. A tabela 2 ilustra a situação do cadastramento da população.

Tabela 1. Escore Geral da APS (0 a 10) e pessoas de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço da APS cuja avaliação é de Alto Escore Geral da APS (≥ 6.6) nos últimos seis meses antes da data da entrevista, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – PNS 2019

Grandes Regiões, Unidades da Federação e situação do domicílio	Escore Geral da Atenção Primária à Saúde (0 a 10)			Pessoas de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço da Atenção Primária de Saúde cuja avaliação é de Alto Escore Geral da Atenção Primária à Saúde (≥ 6.6)					
	Escore médio	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Intervalo de confiança de 95%	
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior
BRASIL	5,9	5,8	5,9	6492	6094	6890	38,1	36,3	39,9
Urbana	5,8	5,8	5,9	5246	4874	5618	37,6	35,5	39,7
Rural	6,0	5,9	6,1	1246	1096	1397	40,4	37,0	43,8
NORTE	5,5	5,3	5,7	349	296	401	30,1	26,3	34,2
Rondônia	5,6	5,2	5,9	21	12	29	22,6	14,8	32,9
Acre	5,3	4,9	5,7	14	9	19	27,5	19,9	36,8
Amazonas	5,8	5,4	6,2	107	78	136	39,1	30,7	48,1
Roraima	5,2	4,5	5,8	8	6	11	27,9	20,4	36,8
Pará	5,2	4,9	5,5	125	90	160	24,9	19,0	31,9
Amapá	5,4	5,0	5,7	9	4	14	24,9	15,9	36,8
Tocantins	5,9	5,5	6,2	65	40	89	36,8	27,7	46,9
SUDESTE	5,8	5,7	6,0	2675	2363	2986	38,3	34,9	41,8
Minas Gerais	6,2	5,9	6,4	825	646	1003	41,3	35,3	47,6
Espírito Santo	5,6	5,4	5,9	97	74	120	31,6	26,0	37,7
Rio de Janeiro	5,6	5,3	5,9	309	228	389	38,3	31,6	45,6
São Paulo	5,7	5,5	6,0	1444	1203	1686	37,3	32,3	42,5
NORDESTE	5,8	5,6	5,9	1700	1537	1863	35,2	32,5	37,9
Maranhão	5,2	5,0	5,5	103	78	129	27,9	22,6	34,0
Piauí	6,0	5,7	6,3	144	112	176	40,6	33,8	47,7
Ceará	5,7	5,5	5,9	245	201	289	34,1	29,2	39,3
Rio Grande do Norte	6,0	5,7	6,2	140	101	179	38,3	31,0	46,2
Paraíba	6,0	5,7	6,3	157	115	199	45,4	38,1	52,9
Pernambuco	5,7	5,5	6,0	263	208	318	37,9	31,9	44,3
Alagoas	6,0	5,7	6,2	135	110	161	40,5	34,9	46,3
Sergipe	5,6	5,2	5,9	54	37	72	27,9	21,0	36,0
Bahia	5,7	5,5	6,0	459	334	584	31,5	24,8	39,1

Fonte: IBGE⁸⁰, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Tabela 1. Escore Geral da Atenção Primária à Saúde (0 a 10) e pessoas de 18 anos (...) – PNS 2019 – Continuação

Grandes Regiões, Unidades da Federação e situação do domicílio	Escore Geral da Atenção Primária à Saúde (0 a 10)			Pessoas de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço da Atenção Primária de Saúde cuja avaliação é de Alto Escore Geral da Atenção Primária à Saúde ($\geq 6,6$)					
	Escore médio	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Intervalo de confiança de 95%	
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior
SUL	6,3	6,2	6,5	1369	1202	1535	45,3	41,6	49,2
Paraná	6,1	5,8	6,3	439	348	530	39,8	34,5	45,4
Santa Catarina	6,4	6,2	6,6	367	298	435	45,3	39,0	51,8
R. Grande do Sul	6,5	6,2	6,8	563	442	685	50,9	43,7	58,1
CENTRO-OESTE	5,8	5,6	6,0	400	335	465	37,9	33,0	43,1
Mato Grosso do Sul	5,9	5,6	6,2	79	60	99	37,1	30,0	44,8
Mato Grosso	6,6	6,2	6,9	154	115	193	53,3	43,5	62,8
Goiás	5,3	4,9	5,7	111	66	156	27,4	18,9	37,9
Distrito Federal	5,7	5,2	6,1	56	37	74	38,1	29,4	47,8

Fonte: IBGE⁸⁰, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Na tabela 2, nota-se uma possível associação positiva entre cadastros realizados e melhores notas obtidas, ainda que os Estados no Nordeste fujam a essa regra. O DF conta com 280.000 domicílios cadastrados, de um universo de 1.039.000 domicílios estimados, o que representa algo em torno dos 27% dos domicílios.

Já conforme o sítio e-Gestor AB⁸¹, é possível identificar o número de equipes ESF e indivíduos cadastrados a essas equipes, o que permite avaliar a evolução da implantação da APS no Brasil.

Em 12/2020 o Brasil contava com 43.286 equipes de Saúde da Família vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família, 8.639 equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h) e 2.180 equipes em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas). A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da família na Atenção Básica (AB) era de 159.900.453 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 133.710.730 pessoas.⁸¹

Tabela 2. Total de domicílios cadastrados em Unidade de Saúde da Família (USF), segundo as Grandes Regiões e os Municípios das Capitais- PNS, 2019

Grandes Regiões, UF e situação do domicílio	Total de domicílios (1 000 domicílios)			Total de domicílios cadastrados em USF (1000 domicílios)		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior
Brasil	73285	72857	73714	43955	43168	44741
Urbana	63246	62799	63694	36224	35445	37002
Rural	10039	9779	10298	7731	7486	7977
Norte	5429	5356	5501	3259	3146	3372
Rondônia	588	574	603	301	276	325
Acre	269	262	276	141	130	152
Amazonas	1117	1085	1148	613	569	656
Roraima	153	147	159	79	72	87
Pará	2568	2507	2629	1573	1475	1671
Amapá	217	210	225	95	82	108
Tocantins	517	501	533	458	442	474
Nordeste	19052	18884	19221	13560	13325	13795
Maranhão	2112	2075	2150	1390	1339	1441
Piauí	1054	1025	1082	944	912	977
Ceará	3002	2955	3050	2175	2104	2245
Rio Grande do Norte	1128	1107	1150	777	736	818
Paraíba	1332	1303	1361	1137	1095	1179
Pernambuco	3298	3235	3361	2330	2230	2430
Alagoas	1084	1060	1108	712	678	746
Sergipe	792	774	809	637	612	662
Bahia	5250	5117	5383	3459	3282	3636
Sudeste	32024	31673	32375	16609	15916	17302
Minas Gerais	7689	7547	7830	5403	5089	5717
Espírito Santo	1422	1395	1448	860	803	917
Rio de Janeiro	6493	6381	6604	2951	2773	3128
São Paulo	16421	16121	16721	7395	6806	7984
Sul	11121	10977	11265	7209	6977	7441
Paraná	4135	4051	4220	2741	2588	2894
Santa Catarina	2640	2589	2691	2245	2172	2317

Fonte: IBGE⁸⁰, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Tabela 2. Total de domicílios cadastrados em Unidade de Saúde da Família (USF), segundo as Grandes Regiões e os Municípios das Capitais- PNS, 2019 - Continuação

Grandes Regiões, UF e situação do domicílio	Total de domicílios (1 000 domicílios)			Total de domicílios cadastrados em USF (1000 domicílios)		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior
Rio Grande do Sul	4346	4240	4451	2224	2066	2382
Centro-Oeste	5659	5580	5738	3318	3189	3446
Mato Grosso do Sul	950	925	974	713	678	748
Mato Grosso	1219	1189	1250	890	841	939
Goiás	2451	2392	2510	1434	1326	1543
Distrito Federal	1039	1005	1074	280	245	315

Fonte: IBGE⁸⁰, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Sobre a compreensão dos gargalos presentes à efetiva implantação de uma APS forte, ou mesmo o papel da ESF neste processo, ainda há importantes lacunas de saberes a se preencher: maior compreensão dos limites do processo de trabalho na APS, dos atravessamentos que influem na clínica da APS e como as novas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica^{15,60} (2017) e as assumidas pela nova Secretaria de Atenção Primária à Saúde^{82,83} reorientam as práticas dos trabalhadores e dos gestores da APS, ou mesmo como as modalidades de gestão têm influência sobre essas práticas⁸⁴. Ao que tange as reformas setoriais da saúde e sua relação com o reordenamento do modelo de atenção, busca-se enunciar algumas das principais construções analíticas da ciência da implementação na sessão a seguir.

1.4. Sobre as Reformas dos Sistemas de Saúde

A consolidação da ESF como modelo prioritário e reorganizador dos sistemas de saúde locais no Brasil segue por distintas correntes explicativas. Um dos principais artigos que retomam esta trajetória instituinte a partir do paradigma da análise de implementação é o de Viana & Dal Poz¹³ (2005). Este artigo¹³ aponta para a existência de dois tipos de reformas

dos sistemas de saúde - *Big Bang* e Incremental - e indica que, no Brasil, a criação do SUS foi uma reforma de tipo *Big Bang*, ressaltando seu inacabamento e a então necessidade de interposição de reformas incrementais para sua efetiva implementação.

A Estratégia Saúde da Família é destacada como uma das políticas “reordenadoras” do modelo de atenção à saúde brasileiro, ainda que com distintas formas de implementação incremental: do mais intensivo, com efetiva mudança de modelo e articulação nas instâncias de gestão (Modelo Regional, de melhores resultados de eficácia e eficiência em saúde); ao modestamente articulado e com algumas mudanças pontuais no modelo de atenção (Modelo Singular); àqueles casos em que a mudança de modelo e a articulação da política de saúde para implementação da ESF é incipiente e isolada (Modelo Principiante, este com os piores resultados sanitários, e de menor eficácia e eficiência) ¹³.

Tuohy⁸⁵ (2018) propõe uma matriz analítica que amplia o entendimento de que as reformas dos sistemas de saúde se situam apenas no espectro *Big Bang* x Incremental e sugere outros dois modelos de implementação de reforma com base no paralelo tempo X dimensão da mudança, sendo que ao primeiro nomeia de “Ritmo”, e ao último atribui o conceito “Escala”. Propõe, então, o modelo *Blueprint* (assemelhado ao incremental, porém distinto pelo caráter deliberado e direcionado de produção de consensos na implementação ampla da mudança) e o modelo “Mosaico” (maiores ou menores avanços na implementação da reforma, seja em alguma região ou em algum aspecto da política, tal qual uma “colcha de retalhos” de experiências de implementação) ^{85,86}. (Ver Figura 2, na sequência deste texto).

O estudo de Tuohy, inicialmente publicado em livro⁸⁷, assume a premissa de que as mudanças nas políticas ocorrem de forma incremental na maioria das nações ao longo da história, ao que nomeia de política em tempos “normais”, e critica o aspecto cíclico³³ das disputas de projetos distintos neste tipo de reforma (seja substancialmente, ou mesmo inicialmente dirigido por um grupo opositor), algo que considera um padrão frente à aposta teórica em mudanças pontuais que gradualmente vão sendo incorporadas a cada sucessão de mudanças incrementais, em referência ao modelo de *Path-dependence*⁸⁸⁻⁹⁰ (Dependência de Trajetória, em português).

Diante disso, Tuohy propõe a tese de que é a partir de aberturas estabelecidas nas janelas de oportunidades⁵ que os atores políticos produzirão uma aceleração no ritmo e na

⁵ Conceito descrito como quando o dirigente de uma massa crítica/organização assume postos de liderança em composição com um legislativo que esteja em concordância majoritária com o governo/projeto³⁵

escala das reformas e, para isso, tomarão por norte a análise contextual frente a uma conjuntura futura de coalização de forças – maior/melhor grau de influência; menor/pior grau de influência; ou provável estabilidade política – e atribui a cada cenário distinto um modelo de implementação dentre os seus quatro propostos. (Figura 2).

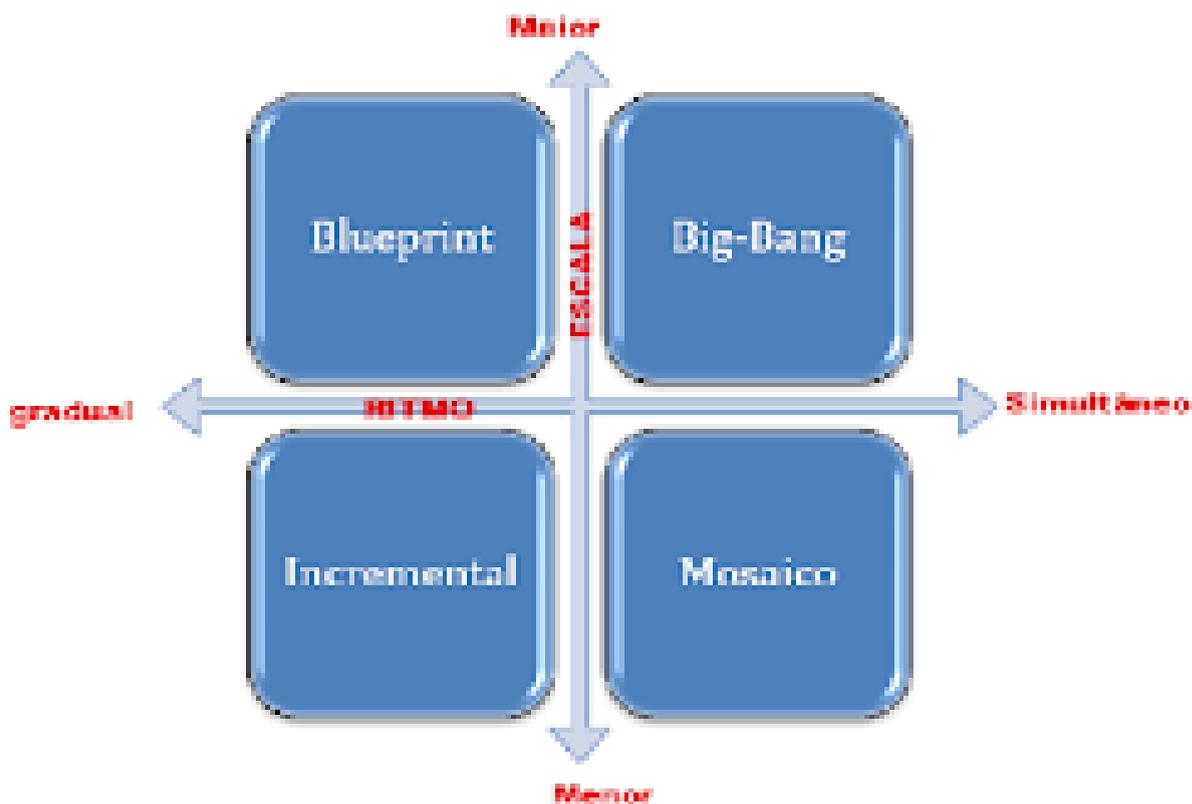


Figura 2. Matriz conceitual de reformas de sistemas de saúde, conforme ritmo e escala da implementação.

Fonte: adaptado de Tuohy⁸⁵ (2018).

O escopo de implementação de reformas em momentos de abertura de janela de oportunidade indica que as mudanças tipo *Big Bang* acontecem, em geral, quando o grupo de coalizão tem o controle decisório e forte influência sobre o legislativo, ancorado no entendimento da perda de força política em momento futuro^{85,86}, que leva a medidas mais enérgicas e rápidas. Reformas tipo *Blueprint* e “Mosaico” são assumidas pelos dirigentes/políticos quando o controle centralizado não está dado, apesar de uma composição majoritária no legislativo, levando a medidas menos dramáticas que o modelo *Big Bang*, e que dependerão da mesma análise contextual para se indicar qual caminho de mudança seguir, inclusive o mais brando/conservador: incremental.

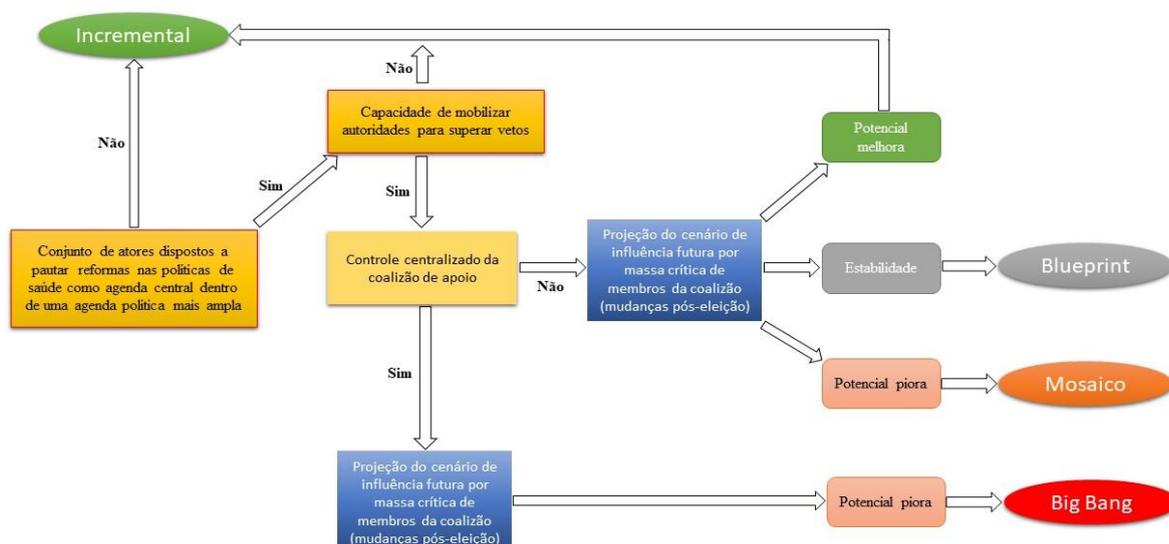


Figura 3. Árvore de decisão: Ritmo e Escala da implementação de reformas nos sistemas de saúde⁶

Fonte: adaptado de Tuohy⁸⁵ (2018).

Ainda que ilustrativa, a matriz conceitual de Tuohy é criticada^{86,91} por ser insuficiente para explicar os casos das reformas ocorridas no *National Health Service* (NHS)³⁴ (Inglaterra) e no sistema de saúde americano³⁹. No primeiro caso, Klein³⁴ esclarece que na Inglaterra o regime parlamentarista impõe uma obrigatória composição entre executivo e poder legislativo majoritário, o que não implica em uma possível abertura permanente da Janela de Oportunidade, logo, não é explicitado porque nessa nação, a primeira a promover uma reforma *Big Bang*, levou-se nove anos para que a coalizão conservadora, liderada pela Excelentíssima Sra. Thatcher, promovesse a reforma do NHS frente ao custo crescente e crítica crescente da dos ingleses ao sistema de saúde inglês.

⁶ Blueprint: garantir um acordo inicial de bases amplas sobre um esquema de design para uma nova estrutura, a ser promulgado gradualmente ao longo do período que excede o mandato atual; Big-Bang: redefinir a lógica institucional em uma varredura rápida e abrangente; Mosaico: múltiplos ajustes relativamente pequenos, mas simultâneos para vários aspectos da estrutura prevalecente; Incremental: série de passos disjuntos relativamente pequenos ao longo do tempo. Tuohy⁸⁵ (2018).

No segundo caso, Marmor⁹¹ critica a teoria de Tuohy, que realiza uma “policy illuminaton without transplantation”⁷ (p. 457), e reconhece a potencialidade de descrever reformas em distintos contextos, porém com baixa capacidade de comparação entre as distintas nações, ou mesmo superar o “como ocorre a mudança” para se alcançar o “por que ocorre a mudança” e estimar os possíveis desfechos/lições apreendidas destes modelos de implementação.

Alexander Preker, afiliado ao Banco Mundial, propõe um outro quadro teórico-analítico⁸ para a interpretação das reformas de saúde empreendidas em países da Europa e desenha seu referencial a partir dos quesitos *Por quê? Como? O quê? e Para quê?* além de analisar o desenvolvimento e implicações dessas reformas em seu livro⁹².

Em publicação recente, Preker *et al*⁹³(2021) analisam as reformas de saúde de quatro países do segmento da OMS *middle- income countries* (México, Turquia, Coreia do Sul e Ucrânia) e defende que a Cobertura Universal em Saúde (UHC) é meta a ser perseguida também para esse segmento de países (e não apenas de países ricos), além de outros três achados:

- Não se notou melhor desempenho para a implementação da UHC em sistemas de base contributiva por seguro saúde ou aqueles países com sistema de base distributiva, financiados pelo governo: “os sucessos e fracassos são evidentes” em ambos os sistemas;
- “O diabo está nos detalhes”:
 - *De jure*: apesar da importância das normativas jurídico-constitucionais para a implementação da UHC, necessita-se de amparo institucional (político e econômico), regulação da oferta x demanda de serviços, e ainda influência comportamental dos usuários no uso dos serviços de saúde para o sucesso da implementação.
 - *De facto*: na maioria dos países, a UHC não acontece em uma “canetada”, e sim ao longo de vários anos de compromisso e esforços individuais e coletivos para a mudança dos sistemas de saúde.

⁷ Esclarecimento da política, sem transposição (tradução livre): Esclarecimento do que é a política, sem esclarecer suas origens, determinantes, condicionantes e demais desfechos.

⁸². Seu livro esboça os seguintes elementos para o seu quadro teórico-analítico: Por quê? – Determinantes da política pública (1 – nível de desenvolvimento socioeconômico; 2- Processos Políticos: Ideologia, Democratização, Formação político-partidária; 3- Estruturas burocráticas; 4- Falhas do mercado) / Como e o que? – Funções normativas do Estado Moderno (Função alocativa, Função distributiva, e Função de estabilização) / Para que? – Medidas de performance das Reformas do Sistemas de Saúde (Estrutura, Processos, Resultado, Desfechos - Indicadores de impacto, Proteção Financeira, Resultados de saúde, Experiência do paciente) / Desenvolvimento das reformas: Convergência, Divergência, Interdependência e Evolução/ Implicações: Reinados políticos; Tempo – Janela de Oportunidade; O Diabo está nos detalhes da implementação; As instituições importam. Ver mais em Preker⁹² (2018).

- Duas abordagens predominam na implementação das reformas dos sistemas de saúde: *Big Bang* e Incremental.

Outro interessante aspecto desse artigo⁹³ é a proposição de uma curva em “S” para a implementação da UHC nos países, independente da abordagem de reforma estudada. De acordo com essa leitura, a maioria dos países enfrentou maior dificuldade em completar a cobertura para fins de universalidade (de 80% para 100%), quando comparado ao período de expansão inicial, em especial em sua fase intermediária (40% para 60%). O processo de expansão final é “duro e doloroso”, e não há evidência de qualquer país no mundo que tenha alcançado a dita cobertura universal (100% de cobertura)⁹³.

Um campo em crescimento na produção de conhecimentos para a avaliação de políticas públicas é a Ciência da Implementação. Uma série de instrumentos de pesquisa, teorias de cunho metodológico, desenhos avaliativos das mais diversas assunções filosóficas têm surgido como modelos explicativos e avaliativos sobre processos de intervenção, o que acaba por instituir uma ética para os idealizadores de políticas públicas quanto ao caráter instrumental das evidências para o desenho de novas políticas, assim como o redesenho pós-avaliação das políticas já implementadas.

Cita-se, no âmbito das teorias da implementação, o modelo de múltiplos fluxos de Kingdom⁹⁴⁻⁹⁶(1993) como um dos mais proeminentes internacionalmente, e que já contribui com a produção intelectual da Saúde Coletiva, após a produção de Göttems⁹⁴ (2010). Outras abordagens elencadas no desenvolvimento dessa pesquisa foram: Preparo Organizacional para mudança (Organizational Readiness for Change)⁹⁷; intenção e ato de mudança⁹⁸ (Intention to Change and Reported Actual Change); Teoria dos Domínios Teóricos da Mudança de comportamento⁹⁹⁻¹⁰⁴ (Theoretical Domains Framework); Dependência da Trajetória (Path-dependence); Teoria da Mudança¹⁰⁵⁻¹⁰⁸ (Theory of Change); Teoria da Normalização de Processos¹⁰⁹ (Normalization Process Theory); e Abordagens Top Down & Bottom-Up^{110,111}. Aqui, opta-se pela definição de algumas destas metodologias/teorias.

O modelo de Kingdon (1993)⁹⁴⁻⁹⁶, ora associado a Hall⁹⁶, inclui a abordagem de problemas, política e contexto político. Göttems⁹⁴ adaptou este modelo para analisar a APS no DF, reconstituindo os fluxos da política em episódios narrativos.

O estudo de Viana & Dal Poz¹³ (2005) esclarece e contextualiza as reformas empreendidas pelos sistemas nacionais de saúde, referindo-se a dois momentos distintos de maior efervescência reformista: 1970/80, inspirados no Relatório de Alma-Ata (1978) e nas

experiências em implantação na Europa, como o inglês NHS (*National Health Service*); e a década de 1990, decorrente da “crise da saúde”, custos crescentes em saúde em decorrência dos avanços tecnológicos e maior demanda assistencial associados ao empobrecimento dos Estados Nacionais e pressão por mudança de paradigma ético-político que sustenta os sistemas de saúde de base solidária-*Beveridgeanos*. A década de 90, portanto, é encarada como a década das reformas no setor saúde, contexto em que o Brasil produz uma série de reformas incrementais (em distinção às Reformas *Big Bang*⁹), dentre elas a implementação do SUS por/através do/a PACS/PSF/ESF¹³.

O grau de implantação e o impacto da ESF em distintos municípios, por desenho metodológico misto leva Viana & Dal Poz¹³ a desenvolver a categorização da implantação da ESF em três modelos: Regional, Singular e Princiante, com resultados, respectivamente, em saúde, articulação política loco-regional e grau de autonomia dos ACS de grau decrescente. Nesse mesmo artigo, delineia-se a “Agenda Global da Saúde”, ancorada em três eixos, acrescidos de um quarto pelos autores:

- (1) a separação das funções de provisão e financiamento das ações de saúde;
- (2) a inclusão de mecanismos de mercado através da competição administrada;
- (3) e a ênfase na efetividade clínica (resultado das ações de saúde).
- (4) Pode-se agregar, ainda, um outro tipo de proposta, que ainda não está tão disseminada quanto as demais, mas que certamente será um dos eixos de futuras reformas: mudanças na concepção de saúde e no papel dos usuários nos sistemas de saúde (reforço da cidadania).¹³ (2005, p. 228).

Theory of Change (ToC) foi popularizado em 1995 pela pesquisadora americana Carol Weiss¹⁰⁸, afiliada à Organização Não-Governamental *Aspen Institute for Humanistic Studies*. Weiss traz uma abordagem linear e contextual do processo de mudança de uma organização, tal qual a construção de um passo-a-passo para uma mudança de curto-médio-longo prazo. A ToC tem sido adotada por empresas e entidades na avaliação de implementação de políticas e traz uma diversidade de instrumentos roteirizados para a

⁹ Cf. France (1997) apud Viana & Dal Poz¹³, existem dois tipos distintos de implementação de reformas em saúde: **Big Bang** e **Incremental**: “As reformas do tipo **Big Bang** são as que introduzem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida (em curto espaço de tempo) e pontual. As reformas **incrementais**, ao contrário, se baseiam em pequenos ajustamentos sucessivos. Desta forma, a reforma brasileira da saúde, de 1988, pode ser considerada de tipo **Big Bang**, pois introduziu mudanças substantivas no modo de operação do sistema. A reforma do modelo de assistência pública à saúde ocorreu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).” (106), 2005, p 226, grifos nossos.

produção de um diagnóstico e intervenção consensual entre *stakeholders* e os idealizadores da política¹⁰⁵⁻¹⁰⁷.

Em uma abordagem tipo *Mid-range Theory* (Teoria de Médio Alcance, em contraponto às teorias gerais e de explicação única), a Teoria da Normalização de Processos (NPT – do inglês *Normalization Process Theory*) foi formulada entre 1998-2008 por um grupo de pesquisadores britânicos e traz uma abordagem sociológica teórica fundamentada em diversos estudos empíricos de implementação, em especial com dados qualitativos, que busca explicar processos de reformas sociais e suas conversões em processos perenes e duradouros.

A NPT tem sido usada como um instrumento de pesquisa de implementação em diversos cenários da saúde, na fase de desenho da pesquisa/intervenção, ou mesmo após sua realização. A NPT propõe três postulados:

1. As práticas tornam-se rotineiramente incorporadas – ou normalizadas – em contextos sociais através do trabalho individual e coletivo para sua implementação.
2. O trabalho de implementação que leva à adoção perene de uma prática é promovido ou inibido através do funcionamento de mecanismos generativos (coerência, participação cognitiva, ação coletiva, monitoramento reflexivo) através do qual o *agency* humano se expressa.
3. A produção e reprodução de uma prática requer investimento contínuo dos agentes em ações conjuntas que são levadas adiante no tempo e no espaço. (May *et al*, 2009¹¹², tradução nossa¹⁰).

*Intenção e ato de mudança*⁹⁸ (Intention to Change and Reported Actual Change) traz uma contribuição interessante quanto à implementação de políticas de educação para profissionais de saúde: identifica-se que um tempo superior a quatro horas de curso, com enfoque na prática, construído com um público envolvido com a prática e que tenha uma intenção prévia e notificada de mudança de comportamento/atitude são elementos facilitadores da mudança. Cita-se o estudo de caso da implementação de mudanças de atitude mediante a oferta de um curso de formação em infecções sexualmente transmissíveis como uma das aplicações desta teoria.

A ciência da implementação ainda aponta para abordagens produzidas por líderes, políticos, intelectuais, experts, que trazem uma mudança organizativa para ser implementada

¹⁰ “Practices become routinely embedded – or normalized – in social contexts as the result of people working, individually and collectively, to enact them. The work of enacting a practice is promoted or inhibited through the operation of generative mechanisms (coherence, cognitive participation, collective action, reflexive monitoring) through which human agency is expressed. The production and reproduction of a practice requires continuous investment by agents in ensembles of action that are carried forward in time and space.” (May *et al*¹¹², 2009).

de cima para baixo (Top-Down) em comparação com as abordagens construídas com os pares, *stakeholders*, de baixo para cima (Bottom Up). Ainda não se define um consenso sobre a melhor abordagem, ainda que quando se trata de treinamento e mudanças de atitudes profissionais, já existem apontamentos na literatura para uma preferência pela abordagem Bottom-Up^{68,110,111}.

Compreender como se delineiam processos de intervenção e ainda seus elementos detratores e facilitadores é desafio imposto aos que ousam pesquisar sobre políticas de saúde, em especial no contexto de disputa de projetos e de mudanças socioeconômicas e políticas nos países que propuseram sistemas nacionais de proteção, cuidado e seguridade social, como o Brasil. As teorias correlacionadas à ciência da implementação balizam a compreensão destes fenômenos de reformas da saúde, os quais são aqui assumidos como complexos, e que carecem de um maior esclarecimento contextual para sua compreensão e análise. É nesse sentido que se propõe um constructo analítico do cenário brasileiro no campo sanitário no Capítulo 2 desta tese.

CAPÍTULO 2. O CONTEXTO DA SAÚDE NO BRASIL

2.1. COVID-19: Para não dizer que não falei das dores!

O ano é 2021 e o esforço coletivo da comunidade científica nesse ano –e provavelmente nos próximos– é o de encontrar respostas para o melhor enfrentamento de uma das maiores crises sanitárias mundiais: a Pandemia de COVID-19. Para falar só de Brasil, chegamos, até a conclusão deste trabalho, à marca de 622.000 vidas perdidas pelo vírus SARS-CoV-2. O atraso na vacinação em massa da população brasileira piorou a situação sanitária, algo que só se organizou ao longo deste ano supramencionado.

Em editorial, Russo e Azize¹¹³ (2020) discutem as lições da pandemia “que colocou a vida de todos de pernas para o ar; ou, podemos dizer, expôs e acentuou as vísceras de um mundo que já vinha doente, acelerando o diagnóstico de que algo não vinha bem”. Os autores destacam que essa situação crítica colocou um holofote sobre três elementos: (1) a ciência e sua produção de saberes colocada à prova; (2) a Saúde Pública e a necessidade de repensá-la como um direito social; e (3) a importância das Ciências Sociais e Humanas para dar respostas mais consistentes para o enfrentamento da pandemia pelo campo da Saúde Coletiva.

Reafirma-se, pois, o papel de seguridade e proteção social desempenhado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), somado ao reconhecimento das pesquisas em Saúde Coletiva como fonte importante de produção de novos saberes e de novas práticas para o enfrentamento de emergências sanitárias, como a COVID-19, assim como para a construção de um sistema de saúde que busca a defesa da vida.

Vilaça Mendes¹¹⁴ (2020), ao caracterizar a pandemia de COVID-19 como uma “sindemia”, revela como o atual modelo construído pelos sistemas de saúde, com base explicativa iminentemente atrelada à epidemiologia das doenças infectocontagiosas, produz iniquidades, ao que chama de doente invisível.

A sindemia se caracteriza por interações biológicas e sociais entre diferentes condições de saúde. São essas interações, por exemplo, entre condições agudas como a COVID-19 e condições crônicas como diabetes e obesidade, que aumentam as possibilidades de resultados sanitários desfavoráveis pelas exacerbações dessas condições de saúde. Não se trata de uma mera coexistência de condições de saúde agudas e crônicas, nem de um simples somatório, mas inter-relações entre elas que se comportam como fatores

multiplicadores. [...]

Por outro lado, os recursos de saúde, incluindo os profissionais de saúde, foram fortemente ocupados nos atendimentos às pessoas suspeitas ou infectadas não sobrando tempo para o acolhimento a quem não teve a COVID-19. Por isso, elas se tornaram invisíveis aos sistemas de atenção à saúde. Conseqüentemente, ainda que não tendo tido o vírus, elas foram profundamente afetadas pela pandemia. Não raro ficaram desassistidas.¹⁵⁵

Kiss e Gonçalves¹¹⁵ revelam o dilema público X privado assumido para o SUS quando da aposta do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira de que seria possível submeter os negócios empreendidos pelo setor privado na saúde ao interesse de uma política nacional. Esses autores questionam: “como servir a dois senhores?”¹¹⁵. É a mesma crítica que Silva e Ruiz¹¹⁶ fazem ao projeto neoliberal de contrarreforma do SUS, de apropriação privada dos fundos públicos, imposição de limites de gastos e socialização das dívidas com crescentes perdas de direitos sociais, que ficam explicitados no atual contexto do COVID-19.

2.2. Dilema público-privado, desfinanciamento e necropolítica no SUS: o labirinto e o Minotauro

Considerar a deliberação defendida pela VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) pela não estatização dos serviços privados de saúde, refletida nas entrelinhas do artigo 197¹¹⁷ como o nascedouro deste dilema para o SUS, não é uma narrativa suficiente e verdadeiramente profunda. Donnangelo¹¹⁸ já trazia em sua produção seminal sobre a constituição do setor saúde no Brasil – desde os Institutos de Aposentadoria e Previdência a sua unificação no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – o papel dos interesses privados frente ao orçamento público, em especial os interesses da “medicina de grupo”. Estes eram tidos como produtores de serviços, então comprados pelo INPS. A proposição organizativa e de controle que o Estado exercia sobre tais interesses já trazia elementos, por um lado, do processo de assalariamento médico, confrontado, de outro lado, pela crescente especialização da medicina com traços de defesa corporativa e resistência à “padronização” intentada.

Agostini e Castro¹¹⁹, ao analisarem o projeto ético-político da Reforma Sanitária brasileira que culminou com a criação do SUS em 1988, na Constituição cidadã, e seu

confronto diante da necropolítica vigente na gestão federal do Brasil, explicitam que a proposta em implementação pelo Estado brasileiro no período da “Nova República” é dissonante: publicamente se apresenta em defesa do SUS, entretanto, na prática, trata-se de um gradativo desmonte e “desfinanciamento”, com “implementação de ações que facilitaram a privatização e a mercantilização e, concomitantemente, operacionalizaram a política de Saúde Pública sob a lógica da contenção de gastos e da seleção das demandas populacionais a serem atendidas”¹¹⁹ (p. 177).

À medida que se aprova a PEC 241/2016 pela Câmara dos Deputados – convertida na Emenda Constitucional 95/2016 – o pensamento crítico sobre o subfinanciamento crônico do SUS se atualiza e a então presidência da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) assevera que “o corte de política social mata gente, adocece, precisamos imediatamente investigar e denunciar todos os malefícios decorrentes do corte de gastos em saúde, educação e políticas sociais porque austeridade faz mal à saúde!” (REIS¹²⁰, 2016).

Mendes e Carnut¹²¹ defendem que o subfinanciamento do SUS para além de um mero advento e desafio de implementação, trata-se, em verdade, de uma política de Estado. Nesse âmbito, esclarecem os seguintes arranjos desta política:

1. caminho facilitado que a iniciativa privada da saúde teve para sua expansão, por ocasião das isenções fiscais;
 2. associadas ao mecanismo de Desvinculação das Receitas da União (DRU) – que tiram, atualmente, 30% das receitas do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para o pagamento da dívida externa brasileira, o que já gerou de 1996-2016 uma perda de recursos da ordem de R\$ 867 bilhões;
 3. ao que se soma a promulgação da Emenda Constitucional nº 86/2015 – que ao alterar a de cálculo de aplicação do Governo Federal na saúde, levou já em 2016 a uma perda orçamentária do setor superior a R\$ 9 bilhões –
 4. acrescida da publicação da Emenda Constitucional nº 95/2016 - esta que impõe um teto de gastos para as políticas sociais, ao que os autores denominam “taco de ferro” no histórico do subfinanciamento do SUS.
- Apesar do avanço que significou a criação do SUS, em 2015 seu gasto foi de 3,9% do PIB (União - 1,7%; estados - 1,0%; e municípios - 1,2%), enquanto a média do gasto público em saúde dos países europeus com sistemas universais correspondeu a 8,0% do PIB. (MENDES E CARNUT¹²¹, 2018)

Sem esquecer do financiamento, Campos¹²² afirma que a questão da gestão do SUS é o principal entrave a ser superado ao passo que Maciel Filho¹²³ particulariza a questão dos Recursos Humanos em Saúde (RHS) como o campo estratégico na Saúde Coletiva. O

Ministério da Saúde¹²⁴ (MS) já reconheceu nos anos 1990 que: “a ausência de uma política de recursos humanos para o SUS representa, juntamente com o financiamento, um dos maiores desafios à sua consolidação” (p. 14).

Reflete-se aqui como a política de desfinanciamento do SUS corre em paralelo com distintos mecanismos de desconstrução das políticas de proteção social: uma faceta produtora de morte em detrimento da defesa da vida dos brasileiros. Agostini e Castro¹¹⁹ apontam três analisadores importantes para compreensão do potencial do SUS e como a necropolítica¹¹ impacta no campo da saúde: a **Estratégia Saúde da Família (ESF)** e as **políticas de saúde mental e HIV/AIDS**.

Ao analisar a ESF, defendem que esta estratégia se mostrou, no Brasil, “indispensável para o alcance de uma cobertura universal do SUS e que a ESF era, antes da crise, a responsável prioritária pelos cuidados em saúde de mais da metade da população brasileira, alcançando em números absolutos mais de 110 milhões de pessoas”. (p. 181). A capilaridade da ESF, seu papel de porta de entrada prioritária e suas ações de educação em saúde no território são elementos que ganham destaque nas estratégias de enfrentamento ao COVID-19¹²⁵.

A experiência do Rio de Janeiro¹²⁶ mostra como essa capilaridade, em especial a provida pelos Agentes Comunitários de Saúde, produz porosidade às especificidades das necessidades de saúde das pessoas em situação de cuidado. A ESF produz respostas a estas necessidades nas mais distintas e singulares situações analisadas: seja no tratamento das portadoras do HIV, seja na assistência à população refugiada, ou mesmo no apoio às dificuldades dos moradores de periferias em cumprir o distanciamento social. O alcance da política de saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS) ancora-se na expansão do acesso e da cobertura, para assim alcançar uma prática assistencial integral, e nisso a experiência carioca de implementação da APS é experiência que merece atenção de quem estuda a implementação de política de saúde no Brasil.

Por outro lado, Maia et al¹²⁶ apontam os desvios produzidos para se chegar à expansão vertiginosa da Atenção Primária à Saúde (APS) do Rio de Janeiro, que em cerca de

¹¹ No sentido dado por Achille Mbembe²⁷⁷: “formas contemporâneas que subjugam a vida ao poder da morte. (...) propus a noção de necropolítica e necropoder para explicar as várias maneiras pelas quais, em nosso mundo contemporâneo, armas de fogo são implantadas no interesse da destruição máxima de pessoas e da criação de ‘mundos de morte’, formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de ‘mortos-vivos’”. (2016, p. 146).

oito anos saiu de tacanhos 3,5% de cobertura para 70%, já em 2016: (1) enfraquecimento das relações trabalhistas dos profissionais que atuam na APS; (2) lógica de gestão privatista; (3) modelo gerencialista de gestão. As vicissitudes do processo que levou à expansão da APS no Rio de Janeiro são marcadas por Maia et al¹¹⁵ como “paradoxo à carioca”. A busca de saída do labirinto que se encontra a política pública brasileira compreende a necessidade de se enfrentar qualquer Minotauro que se apresente no caminho, ao que se questiona se o paradoxo proposto por Maia et al não seria esse um dos braços desse “Minotauro”¹¹⁵?

Os cariocas não estão insulados neste processo de enxugamento da máquina estatal e contrarreforma (neo)liberal, vis-à-vis Ney e Gonçalves¹²⁷, os quais revisitam de forma bastante lúcida o processo histórico de desmonte do Estado, do regime militar até 2020. Cabe destacar dois aspectos desse artigo¹²⁷: (1) a crítica ao federalismo compartimentalizado e como a descentralização dificulta a regionalização; (2) o escancaramento da Reforma Bresser-Pereira como medida privatizante travestida de medida de eficiência, controle e limitação ‘virtuosa’ dos gastos públicos, a qual culminou na promulgação da EC nº 19 e 20/1998, na Lei de Responsabilidade Fiscal e no incentivo à privatização do setor de saúde mediante as Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil e de Interesse Público (OSCIPS).

De volta a Agostini e Castro¹¹⁹, no que tange as políticas de saúde mental e HIV/AIDS, verifica-se que estas apresentavam em seu delineamento inicial um caráter de vanguarda, e se pode listar uma série de retrocessos no atual período:

- retorno da institucionalização compulsória como prática apoiada pelo Estado;
- estratégia de abstinência como única alternativa, em detrimento da política de redução de danos;
- ampliação do financiamento e incentivo à operação de comunidades terapêuticas para tratamento de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas;
- censura a materiais de prevenção HIV/Aids voltados a público trans e adolescentes;
- supressão da política de HIV/Aids da estrutura formal do Ministério da Saúde.

2.3. Do mal-estar brasileiro à construção de um novo pacto ético: o que fazer?

Parafrazeando Freud¹²⁸, em tempos de *temores e mitos*, pensar sobre o lugar do brasileiro nessa vida social *jabuticaba* é um indutor a rememorar saudosamente nossos idos junto à copa das árvores. Sentido idêntico é empreendido por Onocko Campos¹²⁹, ao analisar a crítica de Freud à civilização ocidental e a partir dele tentar compreender o dilema da vida em sociedade, que, em prol de instituir uma forma de proteção contra a ameaça do outro e tentar fugir do sofrimento, faz frente a uma castração do instinto humano de agressividade e autoagressão (pulsão de morte):

No livro *Mal-Estar na Civilização*, de 1931, Freud empreende uma crítica feroz à civilização ocidental de sua época, e chega a uma interrogação que ele chama de “espantosa”: se a civilização é fonte de sofrimento, deveríamos voltar às árvores? Para ele, apesar do progresso tecnológico a partir do controle da natureza, a sociedade ocidental não conseguiu aumentar a satisfação prazerosa da humanidade, nem tornou seus membros mais felizes...¹²⁹.

A construção até aqui empreendida reflete que o presente contexto é de refluxo das políticas públicas, em especial às de saúde. Em edição especial, a revista *Ciência & Saúde Coletiva* celebrou os 30 anos de que “a Saúde é direito de todos e dever do Estado”¹¹⁷. Destaca-se dois artigos dessa edição para melhor compreensão contextual, mesmo antes da pandemia.

O primeiro se denomina “SUS: o que e como fazer?” (CAMPOS¹³⁰, 2018), em que o autor apresenta cinco propostas para a ampliação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber:

1. Assegurar sustentabilidade aos espaços públicos e, portanto, ao SUS;
2. Construção de um Bloco Político e de Sujeitos sociais capazes de assegurar o direito à saúde e os sistemas públicos;
3. Reconstruir a institucionalidade do SUS, objetivando aperfeiçoar o seu caráter público;
4. Política de Pessoal unificada para o SUS;
5. Consolidar e qualificar as políticas e práticas em saúde.

Sem dúvida, uma agenda ousada, um convite para reanimar o movimento sanitário a compor uma agenda unificada de resistência ao projeto ultraneoliberal¹² envidado pela coalisão hegemônica no país. Direito à saúde, Democracia e a luta pela redução das desigualdades nacionais são bandeiras mais que necessárias, como bem lembra Rizzotto¹³¹ em seu comentário ao texto de CAMPOS¹³⁰.

O segundo artigo aborda, através da sociologia das profissões, o resgate histórico do processo de gestão do trabalho e da Educação antes e depois do SUS, um contingente de profissionais em saúde que chega mais de 3,5 milhões atuando no Sistema Único de Saúde. “Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios” é didático e divide em três momentos deste processo histórico (MACHADO; XIMENES NETO¹³², 2018):

- 1990 a 2002 – Momento da Antipolítica de Recursos Humanos;
- 2003 – 2015 - Momento da Política de Gestão do Trabalho e Educação;
- 2016 até os dias atuais – Momento de ameaça de perda dos direitos essenciais

O que se ilustra é como a antipolítica de Recursos Humanos foi retomada, ainda que com resquícios de estratégias do período anterior, e como o Programa Mais Médicos

¹² Ultraneoliberal, no sentido de quem defende as ideias neoliberais ao extremo. Dardot e Laval²⁷⁸, em seu ensaio sobre a sociedade neoliberal, criticam essa tentativa de prefixação do (neo)liberalismo, que pode obscurecer a real compreensão de que projeto societário se advoga: “A esse respeito, devemos dizer a que ponto certo léxico contribui para obscurecer as coisas. Não há e não poderia haver “social-liberalismo”, simplesmente porque o neoliberalismo, sendo uma racionalidade global que invade todas as dimensões da existência humana, veda qualquer possibilidade de um prolongamento de si mesmo no plano social. Portanto, é enganadora a analogia que sugere que o “social-liberalismo” é para o neoliberalismo o que a “social-democracia” foi para democracia política. Por outro lado, o que existe realmente é um neoliberalismo de esquerda que não tem mais nada a ver com a social-democracia ou com a democracia política liberal³. Na verdade, o que o prefixo “social” dissimula mal é a equação sumária pela qual o liberalismo é abusivamente identificado com o *laissez-faire* econômico. O mesmo pode ser dito da etiqueta de “ultraliberalismo”, distribuída generosamente por grande parte da esquerda – mais generosamente ainda, aliás, porque ela se sente tentada a aproximar-se vergonhosamente da ortodoxia neoliberal ambiente.⁴ Também nesse caso, devemos recordar que o neoliberalismo não se confunde com o todo-mercado, de modo que não há sentido algum em designá-lo como “ultraliberalismo” para dar a entender que existiria um liberalismo “respeitável”, que não renunciaria aos instrumentos de intervenção de Estado. Nunca é demais repetir: Hayek não é um “ultraliberal”, mas um “neoliberal” partidário de um Estado forte, como muitos outros neoliberais.⁵ Quanto ao libertarismo, quer defenda o Estado mínimo, quer exija a abolição do Estado, ele não é um “ultraliberalismo”, mas um outro liberalismo, cuja relação com o neoliberalismo não pode ser reduzida a uma simples diferença de grau.” (2016, p; 390-391, grifos nossos).

(PMM), ao levar médicos a locais longínquos e de difícil acesso em todo o país, foi um “grande auxílio para a população brasileira desassistida de assistência médica nos interiores escassos de profissionais da saúde”¹³² (2018, p. 1978).

O Brasil enfrenta o desafio de efetivar um sistema de saúde universal, integral e resolutivo desde sua constituição, ao inscrever que “a Saúde é direito de todos e dever do Estado”¹¹⁷ e, nesse sentido, conhecer os maiores entraves para a efetivação do SUS é mandatório. Há pelo menos quatro décadas, Recursos Humanos em Saúde (RHS) ocupa temática estratégica da discussão e implementação da política de saúde no Brasil¹³³. Essa disciplina da Saúde Coletiva deve estudar, avaliar e apontar caminhos no que tange à provimento e formação do profissional necessário ao sistema de saúde.

Nogueira¹³⁴ discute sobre a epistemologia dos conceitos “Recursos Humanos” e “Força de Trabalho” e reconhece se tratar duas abordagens sustentadas por arcabouços teóricos irreconciliáveis: teoria dos sistemas X Economia política clássica (em particular a vertente marxista). Contudo, este autor propõe a superação deste falso dilema de forma bastante lúcida e crítica:

não faz sentido rejeitar a expressão recurso humano em nome de um pseudo-humanismo que não admite a redução do trabalhador a uma coisa gerenciável, o que seria uma atitude semelhante à de negar que, no mercado capitalista, a força de trabalho possa aparecer na qualidade de uma mercadoria. As cruas relações político-institucionais, assim como as econômicas, são inteiramente objetivas e devem ser reconhecidas como tais para que possamos transformá-las e verdadeiramente humanizá-las. Em consequência, a abordagem que considera os profissionais de saúde (ou quaisquer outros trabalhadores) como recursos humanos é perfeitamente válida, (...) desde que também realize sua análise enquanto força de trabalho, através dos pressupostos teóricos a que aludimos anteriormente. De outra maneira, a ótica de recursos humanos, lastreada inevitavelmente na teoria dos sistemas e suas variantes, constitui-se num reforço do utilitarismo institucional, a serviço dos interesses políticos dominantes.¹³⁴

Cavalcanti¹³⁵, ao perscrutar a trajetória da Educação Permanente em Saúde a distingue da matriz (momento) conceitual “Educação Continuada” e assinala que:

Ao tomar o fazer em saúde como problema, esta segunda matriz conceitual confere a ele novos contornos. [...] Este segundo momento conceitual, ao contrário, não apenas enaltece como investe o trabalho em seu potencial de geração de conhecimentos. Reconhece-o como mola propulsora da aprendizagem, não apenas no sentido de ser a fonte do levantamento de necessidades educacionais, mas de ser o próprio espaço de invenção das soluções para os problemas que nele se apresentam. A categoria recursos humanos é ampliada do seu sentido capitalista, de um insumo da produção como qualquer outro (equipamentos, medicamentos, etc.) para ser

compreendido como referente aos protagonistas da produção de saúde.¹³⁵

Ainda que com objetos distintos, Cavalcanti e Nogueira trazem compreensão semelhante sobre o olhar para o trabalhador em saúde e seus conflitos frente às pressões do capital. Seria possível avançar para se destacar o trabalho em saúde como uma categoria chave para a compreensão da produção de resistências ou de mudanças nos modelos de atenção?

2.4. Trabalho Coletivo, Significações Imaginárias e as instituições em saúde: pistas para uma saída do labirinto

Assume-se aqui o risco de aproximação conceitual entre o trabalho em saúde do que se designa por trabalho coletivo. Dejours¹³⁶ (2012a, p. 78) sintetiza o trabalho coletivo como “um elo intermediário essencial entre inteligência, habilidade e a engenhosidade presente no estado potencial em cada indivíduo, de um lado, sua atualização em uma contribuição à cultura e à pólis, de outro”. O autor continua:

Na esfera coletiva, a prescrição do trabalho coletivo concretiza-se sob a forma da *coordenação* do trabalho. Em contrapartida, o trabalho coletivo efetivo, que em geral se afasta significativamente da coordenação, toma a forma de *cooperação*. Descrever um trabalho coletivo representa prioritariamente expor a cooperação; em seguida, descrever as condições que a tornam possível. (Dejours¹³⁶, p. 79, grifos do autor).

Dejours¹³⁷ (2012b) afirma que trabalhar não é apenas produzir (*poesis*) ação dos indivíduos sobre o mundo com vistas à sua transformação, é, ainda, transformar a si próprio (Arbeit) preço do trabalho face a resistência do indivíduo diante da experiência do fracasso (real). Existe um interstício entre o trabalho prescrito e o efetivo e nessa distância opera o trabalho vivo. “O real resiste e se manifesta sempre de uma forma que põe em xeque o querer, e é assim, a partir do insucesso, que começa de fato o trabalho propriamente dito”¹³⁷. Esse insucesso, o fracasso, é analisado pelo autor como mecanismos de sofrimento, que nem sempre adoecem os indivíduos, pelo contrário, transforma-os, reinventa-os.

Uma aplicação da mencionada noção de sofrimento no trabalho que produz novos indivíduos e induz à cooperação é vista no estudo de Shimizu & Carvalho Junior⁵⁰ (2012). Mesmo diante de mudanças institucionais drásticas, como a reforma da APS-DF nos anos

1990-2007, os trabalhadores da saúde conseguem “sublimar” para a vivência prazerosa de seu processo de trabalho, o que os mobiliza para renormatizá-lo, ainda que para isso esses trabalhadores utilizem de ferramentas informais (características pessoais de afeto, cuidado com o outro, comunicação efetiva entre os colegas) e ainda careçam de assumir enfrentamentos aos espaços estabelecidos no âmbito da SES-DF, que se apresenta com características marcadamente taylorizadas:

que se baseia, exatamente, na repetição, na divisão entre formuladores e executores, no estabelecimento de metas de produtividade e na dificuldade na comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos, dentre outras características. (Shimizu & Carvalho Junior⁵⁰, p. 2411).

A contribuição de Merhy¹³⁸ (2002), ao analisar o trabalho em saúde e suas distintas tecnologias, reforça a potência das tecnologias leves na produção de cuidado, ao mesmo tempo em que critica as teorias administrativas e gerenciais (em menção ao Taylorismo), que produzem tecnologias leve-duras, no campo da gestão organizacional, que visam a captura do trabalho vivo, transformando-o em morto.

O trabalho vivo em saúde é submetido a pressões¹³⁸, tanto ao incorporar aspectos da racionalidade gerencial científica, quanto no trabalho inventivo, que encontra, nas brechas de sua prescrição, caminhos para reinventar sua prática, no aspecto ético-político-terapêutico ou mesmo em sua função pedagógica. Maia *et al*¹²⁶ verificam os mesmos elementos ao produzir a crítica ao modelo de gestão adotado no Rio de Janeiro e porquanto verifica paradoxalmente a potência produzida pela ESF no que atribui à característica de porosidade da APS, política pública mais capilarizada do Brasil e, portanto, intimamente sensível às necessidades identificadas no/junto do território, como já assinalado, anteriormente.

Campos¹³⁹ (2000) defende que as instituições de saúde existem para produzir valor de uso (objetivo primário) e “assegurar a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a integram ou dela dependam” (objetivo secundário) – uma dupla finalidade. Na produção de valor de uso ou na utilidade, o homem se confronta entre desejo e necessidade e aqui se produz a reflexão acerca do trabalho em saúde: qual seria sua dupla finalidade/motivação?

À luz do que Onocko Campos¹²⁹ (2012) discute sobre a ideologia em Ricoeur – tal qual uma lente para ver a realidade social - percebe-se o desafio que é desvelar qual a tessitura que sustenta o SUS e que retalhos hoje produzem verdadeiros “rasgos” nessa política (até então nitidamente associada ao paradigma de solidariedade social e democrática). A leitura de

Onocko Campos¹²⁹ (2012) insta, também, a verificar a utilidade do conceito de “significações Imaginárias” (SI) e de política em Castoriadis¹⁴⁰ (2002) para se investigar sobre o funcionamento social e a composição que ancora a política de saúde brasileira hoje instituída.

Do primeiro conceito, busca-se responder: qual é o arranjo social que autoriza o governo brasileiro a modificar a forma de ingresso ao mercado de trabalho de médicos para a atenção primária no Brasil? E o de modificar a estrutura de formação médica no país¹⁸²⁻¹⁸⁴, seja na graduação ou na residência médica? Depreende-se, ainda, em diálogo com as SI, outras questões:

- Qual a imagem que o brasileiro tem do SUS: para pobre? Feio, sujo e incompetente?
- Qual o arranjo social que autoriza “furar a fila” da vacina contra a COVID-19?
- Qual a imagem atualizada que o povo brasileiro tem de si: maricas? Sedentário? Apolítico e apartidário?

Essa “cola social”¹²⁹, construída no espaço do “comum”, promove a integração do ideário de nação com a política que se produz, e nesta se inclui a política de saúde. Nisso se atualiza o segundo conceito, a noção de política em Castoriadis, à medida que se dá no jogo social a questão do que é necessário ou é do desejo dos indivíduos nesse processo.

Entendo por política a atividade coletiva, refletida e lúcida, que surge a partir do momento em que é colocada a questão da validade de direitos das instituições. Nossas leis são justas? Nossa Constituição é justa? Ela é boa? Mas boa em relação a quê? Justa em relação a quê? É precisamente por essas perguntas intermináveis que se constitui o objeto da verdadeira política, que pressupões, pois, o questionamento das instituições existentes – seja para confirmá-la no todo, seja em parte. (CASTORIADIS¹⁴⁰, 2002, P. 138)

Assim, na produção da política, destaca-se a necessária produção não-individualizada e não-alienada. Tão logo os sujeitos assumem seu papel questionador do instituído, e sua real resposta às necessidades sociais, é que se produzem novos arranjos e se recompõe o alinhamento dos desejos dos indivíduos, que na instituição produzem, nela se produzem, enquanto a própria instituição se reproduz: a dupla finalidade/motivação das instituições, anteriormente descrita¹³⁹.

Campos¹³⁹, ao desenhar o Método da Roda, desnuda o aspecto instituinte dos Coletivos Organizados para a produção, os quais devem se pautar pela construção coletiva de “Modos para organizar a Atenção em Saúde ou o Ensino, enfim de modos de modos de operar

que combinem saber técnico com diretrizes políticas e éticas, e ainda com as limitações conjunturais impostas por cada contexto.” (2000, p.176). O autor faz uma ponte com o conceito weberiano de “tipos ideais” para apontar a necessidade de se ancorar em algum paradigma, um modelo ideal a ser alcançado, para que as equipes/serviços/organizações possam implementar mudanças.

Käes¹³, em 1991, ao categorizar os quatro sofrimentos institucionais¹⁴, ajuda a indicar os pontos de cisão entre a dupla finalidade/motivação¹⁴¹ das instituições, porém tais aspectos ainda estão na superfície da produção do saber neste momento. É preciso deslindar as engrenagens do presente¹⁴² a partir de um “pentear a contrapelo” das práticas sociais executadas pelos gestores e profissionais de saúde para se compreender como esses sujeitos (re)produzem as instituições de saúde, seja para efetivar a manutenção destas (instituído) ou para se implementar mudanças (instituinte), a partir do “perscrutar” dos diversos dispositivos envolvidos na produção desta complexa atividade: o trabalho em saúde, ou a clínica da Atenção Primária, já delimitando ao escopo deste estudo.

O recorte temporal da presente tese é marcado pelo contexto de Contrarreforma psiquiátrica, novo sanitarismo, permanência da desvinculação das receitas da união, gasto em saúde privada em detrimento da pública, retorno ao modelo de financiamento por resultado/produção. Esses são apenas alguns dos elementos que compõem o cenário dos anos 2010-2021, tempo histórico em que se desenvolve nosso estudo.

Trata-se, pois, de um período que perpassa 05 gestões federais distintas (Luiz Inácio “Lula” 2: 2010; Dilma Rousseff 1: 2011-2014; Dilma Rousseff 2: 2014-2016; Michel

¹³³. Käes, René, 1991. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R.; BLEGER, J.; ENRIQUEZ, E.; FORNARI, F.; FUSTIER, P.; ROUSSILLON, R. e VIDAL, J.P. (orgs.) - A instituição e as instituições. Traducción de Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 1-39. *apud* (¹⁴¹)

¹⁴⁴. Käes, em 1991, *apud* (¹⁴¹), p. 108-109: “identifica ademais quatro formas de sofrimento institucional:

5. 1. Sofrimento do inextricável: ao mesmo tempo que se constitui uma aderência narcisista necessária, que traz junto com ela o benefício do vínculo, aparece a indiferenciação e o que este autor chama de angústia de dissolução.
6. 2. Sofrimento associado a uma perturbação da função instituinte: uma parte do sofrimento deve-se à perda da ilusão. Para Käes, a falha da ilusão institucional debilita o espaço psíquico comum dos investimentos imaginários que sustentam o projeto da instituição.
7. 3. Sofrimento relacionado a obstáculos para a realização da tarefa primária: existe, nas instituições de saúde (e educação), uma tendência a defender os sujeitos de sua própria tarefa.
8. 4. Sofrimento associado à manutenção do espaço psíquico: para Käes, o espaço psíquico é o espaço do ser-conjunto. Espaço construído entre os sujeitos, espaço intermediário.”

Temer: 2016-2018; e Jair Bolsonaro: 2019-2021), em que a agenda da saúde ocupou a política federal em maior ou menor grau, entretanto, alinhada ao entendimento de implantação de um sistema universal de saúde, que se deslocou para um alinhamento liberal, focalizado em ações a grupos vulneráveis (APS-S) e aludida à política de cobertura universal em saúde (UHC), a qual é radicalmente distinta da política anterior, a qual tinha maior interface com a APS-I.

Em tempos de reversão dos processos democráticos, onde a disputa tem como resultante um acirramento da captura dos espaços públicos pelo privado (ideário neoliberal), a lógica de ‘mercado’ espolia o patrimônio público e as políticas sociais. Coloca-se à Saúde Coletiva o desafio de formular bandeiras e políticas de enfrentamento (e resistência) ao desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS).

Kiss e Gonçalves¹¹⁵ alertam que, para encontrar uma saída deste labirinto, “precisamos de um novo pacto ético para termos outra política e outras instituições que nos garantam viver e gozar nossas potencialidades pessoais; estas só podem ser garantidas coletivamente.” (p. 8), o que inclui derrotar o Minotauro que se coloque obstaculizando esta saída. Perceber que a produção de cuidado em saúde em tempos de pandemia/sindemia de COVID-19 é impactada por importantes questões – Por que cuidar? Quem cuida? Como cuida? Como se produz o acesso e a perenidade da oferta a este cuidado? – é dar luz à importância de se produzir pelo campo da Saúde Coletiva outra saída possível deste labirinto.

Enfrentar aquele Minotauro¹¹⁵ que se apresenta no meio do labirinto perpassa analisar (1) desde o arcabouço paradigmático do que é necessidade de saúde hoje¹⁵⁵; (2) como se forma o profissional de saúde que promoverá este cuidado; (3) em que modelo de atenção/tecno-assistencial esse profissional está inserido; (4) ou, ainda, qual a lógica gerencial-jurídica-econômica que assegura (ou não)¹¹⁶ o vínculo do profissional com o sistema de saúde; encerrando (5) pela construção de um novo pacto federativo, que supere a crise do federalismo brasileiro¹¹⁵.

Busca-se, então, refletir, a partir da formação médica, suas instituições e paradigmas, como se modela o trabalhador em saúde que responda às necessidades sociais em saúde. O paralelo generalista X especialista é escolhido para se avançar na compreensão deste fenômeno no capítulo 3 desta tese.

CAPÍTULO 3. A FORMAÇÃO MÉDICA E O TRABALHO MÉDICO NA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA: O MÉDICO GENERALISTA

3.1. Buscando uma definição de médico generalista

Para o Conselho Federal de Medicina¹⁴³, o médico considerado generalista seria aquele que completou o curso de graduação, não fez nenhuma especialidade e se habilitou para o trabalho médico. Em seus censos¹⁴³, utiliza essa classificação, considerando que 38,7% dos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) não possuem título de especialista. A maioria dos Conselhos Regionais aceita essa denominação, embora exista alguma divergência, como no caso do CRM-Paraná¹⁴⁴, que expressamente recomenda que o médico sem especialidade registrada se apresente como “médico” ou “médica”, e proíbe o uso de termo “clínico geral”, por considerar este termo como atributo da especialidade de Clínica Médica, conforme Resolução CFM Nº 2.221/2018¹⁴⁵.

Aqui cabe uma breve digressão explicativa: fez-se a escolha pelo debruçar sobre a educação médica não por detrimento qualquer às outras profissões da saúde. O trabalho em saúde é feito de forma coletiva. Tanto a constituição societária modula as relações do encontro terapêutico, quanto as trajetórias individuais e dos arranjos institucionais que estabelecem as formas de se produzir saúde. Contudo, avançar sobre a análise de todas as distintas profissões da saúde exigiria um outro desenho de pesquisa, que não foram as escolhas delineadas por este estudo. Neste capítulo, um breve ensaio sobre a formação do médico generalista é produzido, para suportar a análise de como uma política de reordenamento de modelo assistencial dialoga pelos (des)caminhos da formação do médico, seja na graduação, na pós-graduação, ou ainda após sua própria inserção na prática assistencial do sistema de saúde. Isto posto, segue-se com a reflexão acerca do termo (médico) generalista para a saúde.

A pesquisa Demografia Médica 2020¹⁴³ reconhece a polissemia atribuída ao termo generalista e, ao defini-lo como o médico não-especialista, busca analisar indiretamente o acesso à oferta de vagas em programa de residência médica, distribuição territorial dos especialistas registrados e, por conseguinte sua concentração nas metrópoles brasileiras. O

marco dos 500 mil médicos registrados foi alcançado em 2020, estimando-se que o número de médicos cresceu, proporcionalmente, cinco vezes mais¹⁵ do que a população brasileira.

Os múltiplos significados para o especialista-generalista recaem sobre o clínico geral, o médico de família e comunidade e até mesmo sobre algumas outras especialidades de acesso direto, como a pediatria e a ginecologia-obstetrícia¹⁴³. O médico generalista (ou não especialista) é, portanto, confundido com o médico especialista-generalista. Para indicar a ‘elasticidade’ desse termo, Sá¹⁴⁶ (2015) inclui em sua pesquisa sobre as escolhas e perfis de médicos generalistas jovens, os médicos com **carreiras generalistas** como Clínica Médica, Medicina de Família e Comunidade e Comunidade (MFC), e ainda inclui a Medicina Preventiva e Social.

Na literatura internacional, em especial após a reforma tipo *Big Bang* do sistema de saúde britânico, a figura do *General Practitioner* (GP)¹⁶ influencia o uso do termo generalista para designar os GP, que no Brasil tem formação equivalente ao da MFC.

3.2.MFC – herdeira da medicina generalista e seus (des)encontros com a Saúde Coletiva

Paim¹⁴⁷, já em 1986, critica a entrada da Medicina Comunitária no Brasil, ao que atribui a característica de movimento ideológico, empobrecido conceitualmente, descolado da realidade e que mascara os determinantes da crise da educação médica que acaba aproximando-se de uma prática médica liberal privatista, em diálogo com as necessidades do mercado e não às necessidades sociais da população brasileira. O autor embasa sua crítica na ação política que levou ao crescimento dos programas de residência médica em Medicina Geral e Comunitária (MGC) em detrimento dos programas de residência em Medicina Preventiva e Social.

Com as residências em MGC e as especializações de Médicos Generalistas, passou-se a considerar a carreira de médico generalista como uma especialidade médica, cujo

¹⁵ O estudo aponta que 30% dos municípios brasileiros (os que possuem mais de 500mil habitantes) concentram 60% dos médicos registrados. A razão especialista/generalista é usada no estudo para indicar níveis de concentração dos especialistas, sendo demonstrado a desigualdade regional, sendo que o DF é o estado brasileiro com maior concentração de especialistas: 2,52 especialistas para cada generalista.

¹⁶ nomenclatura adotada pelo The Royal College of General Practitioners²⁸ já em sua fundação (1952) para a prática médica geral/generalista.

título muda^{41,148} de Medicina Geral e Comunitária para Medicina da Família e Comunidade a partir da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e junto à AMB (Associação Médica Brasileira – entidade dita científica que monopoliza a homologação dos títulos de especialistas nas diversas áreas da medicina, e representa as sociedades científicas de especialidades no Brasil).

Lima⁴² (2019) reconstrói a trajetória de constituição da MFC e seus conflitos para se fortalecer enquanto especialidade médica no Brasil, ao que denomina de identidade(s) da MFC. Este autor indica que o início da constituição da identidade da MFC estava atrelada à negação da tese de que a MFC seria uma especialidade em extinção, tendo em vista a aposta em uma formação generalista já na graduação, esta que passaria a ocupar o espaço no mercado, aberto pela ESF, mas também, indica os cruzamentos entre a Saúde Coletiva e MFC, em especial com o denominado coletivo “Em Defesa da Vida”¹⁷ e os membros da diretoria da SBMFC⁴². A crítica perpassa inclusive o espaço da clínica (individual x coletiva) e do próprio deslocamento do foco da especialidade (Integralidade x Primeiro Acesso), com *secundarização* da “Família e Comunidade” no nome da especialidade, do que resta apenas o generalista.

A denominação “medicina de família e comunidade” é apresentada como de difícil compreensão e incorreta, por não refletir corretamente a epistemologia da área de atuação. Os autores sugerem que “clínica geral” ou “medicina geral” seriam termos mais adequados, uma vez que o MFC seria na verdade um médico “geral”, com “foco na pessoa, e não na doença, na família ou na comunidade”. O artigo resgata novamente o conflito com a Saúde Coletiva, a Medicina Preventiva e a Medicina Comunitária, que ao enxergar as ações coletivas destacadas da clínica individual teriam tido “grande influência” na rejeição ao termo “geral” quando da definição do nome da especialidade. O “clínico geral” no Brasil seria reconhecido pela população como um médico sem formação específica, numa visão alinhada com os que entendem a terminalidade da graduação em medicina, que formaria o médico generalista. Haveria assim um conflito terminológico: a especialidade médica que cuida da saúde de adultos, normalmente em ambiente hospitalar é chamada em boa parte do mundo de “Medicina Interna”, mas no Brasil adotou a denominação “Clínica Médica”, ampliando a possível confusão entre esta e os médicos generalistas. Lima⁴¹ (2019)

¹⁷ Lima⁴² esclarece em sua dissertação que o grupo de intelectuais da Saúde Coletiva que tem por base a produção de saberes advinda da UNICAMP e seus corolários é explicitada como coletivo “em Defesa da Vida”²⁸⁴, estes que são criticados pelos autores do artigo “Bases para um novo sanitarismo” de Gusso et al (2015), publicado na Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, sendo esta a revista acadêmica vinculada à SBMFC.

A Saúde Coletiva articula saberes de diversos campos, porém, três disciplinas se destacam: Epidemiologia; Política e Planejamento; e Ciências Sociais¹⁹. Quando se trata de avaliação, estas três disciplinas fornecem distintos instrumentais, ainda que a Epidemiologia, intrinsecamente quantitativa^{19,149,150}, é quem fornece o substrato teórico-metodológico para a concepção e aplicação de alguns dos principais indicadores da Saúde Pública: perfil sociodemográfico; mortalidade infantil; mortalidade geral por causas; incidência de sífilis neonatal; incidência de doenças infecciosas potencialmente epidêmicas, como a dengue. Outras abordagens avaliativas¹⁵¹⁻¹⁵⁵, sejam de base qualitativa, participativa ou comparativa tem fornecido distintos olhares para o processo de avaliação de políticas e programas sociais, alcançando inclusive o campo da clínica¹³⁴.

O processo cognitivo que leva os profissionais de saúde a traduzir as demandas trazidas pelas pessoas, associar os achados clínicos com os exames complementares e desenvolver uma hipótese diagnóstica, chancelada em uma prevalência conhecida destas entidades clínicas e nas evidências produzidas no mais de 25mil periódicos especializados¹⁵⁶ no campo da saúde tem sido mais bem estudado por uma nova disciplina: *Clinical Reasoning*¹⁵⁷ (Raciocínio Clínico). Na fuga sistemática dos vieses cognitivos, como o de “fechamento precoce”¹⁸, os profissionais de saúde têm o desafio de transpor essa infinidade de evidências em algo que impacte positivamente na vida da pessoa que busca cuidado.

Kloetzel¹⁵⁸ distingue a abordagem clínica ambulatorial (o paciente de pé, ou que vem andando¹⁹) daquela depreendida nos hospitais escola (o paciente deitado sobre um leito) e sintetiza o dilema ambulatorial no aforismo: “*pensar complicado, mas agir com simplicidade*” (KLOETZEL, 2013, p. 109). Sobre o diagnóstico, este mesmo autor assinala que é necessário reconhecer a imprecisão do diagnóstico médico como parte inerente da abordagem ambulatorial, que lida com incertezas no cotidiano e que consegue cuidar mesmo sem “decifrar até o último detalhe” do que ocorre perante as necessidades do paciente.

Outro aspecto a ser observado é que as interfaces entre o que acontece com populações, objeto de estudo da epidemiologia, e com as pessoas, foco da clínica, são atravessadas por nuances de uma racionalidade que imputa às pessoas tanto uma responsabilização individual sobre o que ocorre em seu processo de sofrimento/adoecimento,

¹⁸ “fechamento prematuro do diagnóstico, quando o clínico conclui o caso antes que todas as informações sejam obtidas” Teixeira *et al*²⁷⁶, 2020.

¹⁹ Sem qualquer inflexão que exima o cuidado aos pacientes com incapacidades, que seria o limite aparente da metáfora aqui expressa por Kloetzel.

quanto extrapola a própria condição clínica para uma antecipação da intervenção frente ao risco de adoecer^{149,159}. O risco aumentado de um grupo para gerar um bebê com Síndrome de Down não pode ser interpretado da mesma forma que o risco individual de encontrar uma gestante e ela vir a parir uma criança com a Trissomia do 21. Um paradoxo¹⁴⁹.

Tão pouco é razoável que a Medicina possa assumir para si a definição sobre o que é doença ou não, portanto, distinguir o normal do patológico¹⁵⁹⁻¹⁶¹, e daí deter o poder sobre os corpos e sobre o que deve ser a intervenção, o que leva ao sobrediagnóstico e o sobretratamento^{162,163}. Contudo, é inegável a importância dos avanços tecnológicos nas práticas de saúde e a necessidade de se produzir cuidado apoiado às pessoas quanto aos seus sofrimentos, como a criação do Sacubitril-Valsartana ou o papel da dieta hipossódica no controle pressórico e seus impactos na mortalidade dos pacientes cardiopatas. Um dilema¹⁵⁹.

A MFC é uma das 55 especialidades médicas¹⁴⁵, além de ser pré-requisito para 03 áreas de atuação: Administração em Saúde; Hansenologia; e Medicina Paliativa. A Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) lista em seu site 56 instituições que oferecem a especialidade médica, algumas são universidades públicas, outras privadas, além de prefeituras em acordo com hospitais locais, a partir de convênio com o Ministério da Saúde¹⁶⁴. O programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária foi oficializado em 1981 pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Para o WONCA, World Organization of Family Doctors, o Médico Generalista (MFC aqui no Brasil)

é o especialista que atende os problemas relacionados com o processo saúde-enfermidade, de forma integral, contínua e sobre um enfoque de risco, no âmbito individual e familiar. Com uma visão holística leva em consideração o contexto biológico, psicológico e social, reconhecendo que a enfermidade está fortemente ligada à personalidade e à experiência de vida da pessoa. Entende a enfermidade como parte do processo vital humano, incluindo as dimensões relacionais, ambientais e espirituais e reconhecendo a singularidade de cada pessoa em cada contexto na qual sua vida transcorra” (WONCA¹⁶⁵, 2010).

3.3. MFC: O saber-fazer generalista e a construção de um novo paradigma na medicina

Dois referenciais da Medicina Generalista/MFC, de períodos distintos, Ian McWhinney^{166,167} e Roger Neighbour¹⁶⁸ desenvolveram seus trabalhos tendo como

contraponto a prática especializada e o paradigma biomédico. Ambos os autores consideravam a importância do autoconhecimento para a prática do médico generalista.

Para Neighbour, o conhecimento das nossas próprias vulnerabilidades nos ensina a respeitar as dos outros, sendo esta, a base da empatia. Este autor foi mais longe ao considerar que uma das diferenças centrais entre especialistas e generalistas era de **ordem cognitiva** e que existiria uma maneira distinta do pensamento especialista e do generalista sobre a medicina e como ela deve ser praticada¹⁶⁸, em outras palavras, seria como um fotógrafo e seu conjunto de lentes: a lente com um zoom fixo de grande *close-up* (o especialista focal); a lente grande angular, com capacidade de ver toda a composição sem maior atenção aos detalhes (o sanitarista); e a versátil lente com zoom móvel, que vai do contexto ao detalhe, a depender da necessidade do fotógrafo, podendo inclusive refletir o próprio fotógrafo (o generalista).

McWhinney utiliza uma abordagem distinta, com base no pensamento *organísmico*, de base sistêmica, para propor que a linearidade cartesiana é insuficiente para explicar os fenômenos do adoecimento. Parte da premissa de que existem mecanismos múltiplos de retroalimentação entre órgãos-pessoa-ambiente, e dessa constatação desenvolve uma teoria que explicita as *anomalias* encontradas abordagem clínica generalista, como: os sintomas clinicamente inexplicáveis; o papel terapêutico do efeito placebo; e a separação mente corpo – anomalias, estas, presentes, mas não completamente explicadas a partir do paradigma biomédico¹⁶⁸.

Janaudis¹⁶⁹ (2010) considera, a partir de referenciais teóricos e históricos, que os quatro pilares a seguir: Atenção Primária; Educação Médica; Humanismo; e Formação de Lideranças - são os pontos de suporte e diretrizes de ação da MFC, além de se consistirem nas bases teóricas que garantiriam a identidade de valores e estratégias de atuação do Médico de Família e Comunidade (mFC). Neste sentido, o mFC²⁰ teria um papel central e integrador, para coordenar todos os esforços de ajuda ao paciente, um verdadeiro **gestor de cuidados**, diretamente com o paciente e entorno, e em parceria com os especialistas (não-generalistas, ou simplesmente focais) e os outros profissionais de saúde para questões específicas.

Para a Política Nacional de Atenção Básica de 2017¹⁷⁰ (PNAB 2017), os médicos que compõem as equipes da saúde da família devem atuar como generalistas, seguindo os

²⁰ Toma-se nesta tese o termo “Médico de Família e Comunidade” como substituto preferencial ao termo “(médico) generalista”.

princípios e diretrizes que incluem a integralidade, a horizontalidade, a territorialização, o vínculo e a continuidade do cuidado. A Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada como prioritária na rede de atenção à saúde do SUS, foi inicialmente denominada Programa Saúde da Família (PSF) e implantada como estratégia em 1994. A ESF aponta para um distinto modelo assistencial daquele vigente à época, indica que deveria ser centrado na atenção primária e na promoção da saúde da família, como discutido no Capítulo 1.

As atividades do médico generalista incluem a avaliação da demanda e necessidades do paciente, dos riscos individuais do adoecer, e, nos casos complexos, a elaboração de projetos terapêuticos para responder as necessidades de atenção integral. Também estão previstas as ações educativas, coletivas e comunitárias com os profissionais da equipe e a participação do planejamento e organização do processo de trabalho¹⁷¹.

A ESF estipula como atividades semanais dos médicos o atendimento de consultas na unidade; atividades educativas de grupo; reuniões de equipe e atendimento domiciliar, compreendido como importante para a aproximação dos profissionais com a realidade do local onde vivem as famílias; e, ainda, o uso de instrumentos de avaliação da cobertura da população e da produção dos profissionais. As equipes mínimas são formadas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essas equipes são responsáveis por ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação dos agravos e doenças mais frequentes na comunidade, uma responsabilidade que abrange o acompanhamento de até quatro mil e quinhentas pessoas¹⁷¹.

Em documento oficial do WONCA, considera-se que na participação como educador e pesquisador, o Médico de Família e Comunidade deve:

- Intervir na educação para a saúde do indivíduo, da família e da comunidade.
- Intervir em instâncias docentes de educação de graduação, pós-graduação e educação continuada.
- Desenvolver atividades de pesquisa destinadas à geração de conhecimentos para a equipe de saúde, pessoal em formação, famílias e comunidades.
- Participar ativamente na capacitação, atualização e em todas as formas de educação médica continuada em Medicina de Família e Comunidade de Comunidade.
- Selecionar as atividades de docência, segundo o diagnóstico situacional das realidades locais.
- Conhecer e controlar as técnicas e meios educativos básicos, atuais, com a tecnologia apropriada.
- Aplicar ferramentas de investigação quantitativa, qualitativa, metodologia

baseada em evidências, epidemiologia, etnografia, etc., com a finalidade de gerar conhecimentos e implementar sua aplicação.

- Aplicar a investigação-ação-participação, para dar resposta às necessidades da comunidade, em cada contexto¹⁶⁵ (2010).

Contudo, Janaudis¹⁶⁹ (2010) alerta que o espectro de atuação do Médico de Família e Comunidade deve levar em conta a comunidade e o papel deste médico deve se ajustar às necessidades de atenção primária à saúde da comunidade, aos recursos médicos disponíveis e à própria cultura dessa comunidade, considerando que diferentes comunidades requerem diferentes tipos de atenção. O paciente, a família e o entorno social e comunitário são, dessa forma, colaboradores do médico, que deve aprender a falar a linguagem deles e a dialogar na procura solidária das melhores soluções¹⁶⁹.

Para responder às necessidades de saúde da população, faz-se necessário que no período de formação dos estudantes, estes se aproximem das práticas dos serviços comunitários de saúde/Unidades Básicas de Saúde e das abordagens feitas pelos médicos generalistas em conjunto com as equipes multiprofissionais. Contudo, a transformação da formação e das práticas assistenciais é desafiadora, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços de saúde, nas instituições de ensino, e nas relações interpessoais junto à própria sociedade¹⁷².

3.4. Formação generalista, prática reflexiva e a pedagogia do exemplo: MFC no espelho

Nas reflexões de Janaudis¹⁶⁹, o papel do Médico de Família e Comunidade imbrica o homem da ciência e o que sabe da arte da medicina. E como formar esse médico? Essa questão educacional tem estado sempre presente no desenvolvimento da Medicina de Família e Comunidade como uma dimensão essencial na sua prática, na qual o **Médico de Família e Comunidade atua sempre como um educador**¹⁶⁹.

Neste sentido, no papel docente e de generalista, o mFC é posto diante do espelho, para que assim possa compreender a formação em saúde (um exercício de prática reflexiva buscado neste ponto da tese). O trabalho do preceptor, em seu duplo agenciamento, envolve habilidades de gestão, da clínica e da educação¹⁷³. Sua práxis o incita a

ter, além da função de ensinar, as de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos menos experientes. Muitas vezes, os preceptores servem de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados e, ainda, auxiliam na formação ética dos novos profissionais durante determinado período (BOTTI e REGO¹⁷⁴, 2008, p.

365).

A ausência de modelos de preceptor com formação específica em Medicina de Família e Comunidade e comunidade (MFC) já foi apontada como uma das possíveis explicações para a baixa taxa de ocupação dos programas de residência médica em MFC¹⁷⁵. Ser preceptor é cuidar (enquanto aquele que produz o ato de cuidado da pessoa em situação de sofrimento/adoecimento) e ensinar (o ato de cuidado oportuniza a formação de sujeitos, futuros profissionais de saúde). É ser modelo técnico, ético e estético.

Ver-se no espelho é se perceber na projeção do outro, a consigna⁵ do preceptor. É ver refletida a própria realidade objetiva subjetivada, que no ato de cuidar ou ensinar desvia²¹ a si e ao outro ou outros. É conhecer a realidade do outro, escolher pelo ser humano, pela vida.

O momento de reflexão diante de um espelho é sempre muito peculiar, porque nele podemos tomar consciência do que, sobre nós mesmos, não é possível ver de nenhuma outra maneira: como quando revelamos o ponto cego, que nos mostra a nossa própria estrutura, e como quando suprimimos a cegueira que ela ocasiona, preenchendo o vazio. A reflexão é um processo de conhecer como conhecemos, um ato de voltar a nós mesmo, a única oportunidade que temos de descobrir nossas cegueiras e reconhecer que as certezas e os conhecimentos dos outros, são, respectivamente, tão aflitivos e tão tênues quanto os nossos.¹ (2004, p 29-30).

Paulo Freire¹⁷⁶ usa o conceito de “pedagogia do exemplo” para falar da necessidade do indivíduo ser um espelho a ser seguido, mais que apenas palavras soltas no ar. A ousadia de provocar, instigar, incomodar, mobiliza o estudante à busca mais intrínseca ao homem. O instinto do medo¹⁷⁷ pode fazer com que o preceptor não ouse em suas práticas e não a exerça em sua potência, usando de práticas ortodoxas e estagnadas, a referida educação bancária¹⁷⁸.

²¹ Clínica do desvio, conforme proposto por Passos & Benevides¹⁴² (2001), quando da análise etimológica de “Clínica”: “O sentido da clínica, para nós, não se reduz a esse movimento do inclinar-se sobre o leito do doente, como se poderia supor a partir do sentido etimológico da palavra derivada do grego klinikos (“que concerne ao leito”; de klíne, “leito, repouso”; de klíno “inclinar, dobrar”). Mais do que essa atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, entendemos o ato clínico como a produção de um desvio (clinamen), na acepção que dá a essa palavra a filosofia atomista de Epicuro (1965). Esse conceito da filosofia grega designa o desvio que permite aos átomos, ao caírem no vazio em virtude de seu peso e de sua velocidade, se chocarem articulando-se na composição das coisas. Essa cosmogonia epicurista atribui a esses pequenos movimentos de desvio a potência de geração do mundo. É na afirmação desse desvio, do clinamen, portanto, que a clínica se faz.”

Vislumbra-se, então, a perspectiva de descoberta do algo mais a ser e oferecer. Seria essa a consigna²² do professor atribuída pelo aluno? Essa tida relação contra transferencial, tão necessária para a ontogênese do ser humano, pode constituir interessante saída, inesperada até, para ampliar a potência de si e do outro.

A formação profissional em saúde no âmbito dos programas de residência, em sua práxis, traz a figura particular do preceptor, o qual é instado a um pôr teleológico. Seu duplo papel, inserido no mundo do trabalho e da escola, coincide em agir promovendo cuidado e educação¹⁷⁴.

A atividade da preceptoria circunscreve-se ao trabalho em saúde à medida que é desenvolvida por profissionais que atuam no cuidado em ato. Trata-se, pois, de práxis social particular¹⁷⁹, que tem como enfoque “ajudar outrem a viver”, cujo objeto de ação é a produção do cuidado¹³⁸.

É preciso, necessário, urgente, formar para o trabalho no SUS, na sua realidade, nas suas dificuldades, com todas as suas invenções e “gambiarras” para fazer o melhor possível. Ofereça-se o campo como um todo, pois a prática também é pedagógica. Faz-se paralelo com somente haver possibilidade do pensar onde se pisa, parafraseando Paulo Freire²³, e que nos espaços onde se produz cuidado é possível ensinar a cuidar, ainda que incorra no risco de se absorver um tanto de peculiaridades institucionais nossas de cada dia, tal qual o “jeitinho brasileiro”¹²⁹.

Dentre algumas das diretrizes do SUS, não se pode deixar de apontar as que diretamente dialogam com o trabalho do médico generalista, como a Política Nacional de Humanização (PNH) e a clínica ampliada. São formas que buscam superar o modelo tradicional, individualizado, médico-centrado e especializado. Seus dispositivos foram listados no Apêndice B.

Essas questões que se centram no fazer medicina, necessita, contudo, serem incorporadas na formação básica do curso médico. A reforma promovida pela Comissão

²² No sentido dado por Pichon-Rivière em Teoria do Vínculo⁴ (2007): atribuição de expectativas ao outro, formulação de instruções, manifestação de esperança de prognóstico em relação à conduta do outro código secreto de identificação do “in group”.

²³ Do trecho: “Pedro viu a uva e não viu a ave que, de cima, enxerga a parreira e não vê a uva. O que Pedro vê é diferente do que vê a ave. Assim, Paulo Freire ensinou a Pedro um princípio fundamental da epistemologia: a cabeça pensa onde os pés pisam. O mundo desigual pode ser lido pela ótica do opressor ou pela ótica do oprimido. Resulta uma leitura tão diferente uma da outra como entre a visão de Ptolomeu, ao imaginar-se com os pés no sol.” Freire apud Frei Betto²⁸¹, 1997.

Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM²⁴)¹⁸⁰ e a publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação na saúde não parece ter sido capaz de alterar o panorama formativo¹⁸¹, embora se encontrem iniciativas muito promissoras, como o exemplo da UnB, que reformulou o currículo da graduação em Medicina à luz das DCN e ampliou o escopo da APS, esta que inclusive ocupa mais de 30% do internato médico da UnB com atividades fora do Hospital Universitário de Brasília. Outro exemplo é o estudo com alunos egressos da Faculdade de Medicina de Marília, o qual indicou certa mudança na percepção dos profissionais, com maior ênfase na relação médico-paciente, e na construção do vínculo com a pessoa em situação de cuidado e ainda uma formação mais crítica, reflexiva e humanizada¹⁸². Olhar generalista, meta para todos os egressos, independentemente do nível de atenção que atuará.

²⁴ Para mais, ver a dissertação de Kathleen Cruz (2004): A formação médica no discurso da CINAEM.

CAPÍTULO 4. QUESTÕES DE MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e explicativa¹⁸³. A escolha pelo método qualitativo se dá pela necessidade de compreender a visão dos sujeitos¹⁸⁴⁻¹⁸⁶ envolvidos tanto na formulação e deliberação da política em estudo como daqueles que eram considerados sujeito-objeto da intervenção¹⁸⁷, a saber, os profissionais da Atenção Primária à Saúde de Brasília, em especial os médicos.

Em um primeiro momento, buscou-se produções existentes sobre as políticas de saúde do Distrito Federal, atenção primária à saúde e sua implementação na saúde. Nesta fase, foi realizado um levantamento bibliográfico não-sistemático nas bases de dados Scielo, Scopus e Web of Sciences (WoS), utilizando os descritores (e seus sinônimos, além de termos em inglês²⁵): atenção primária à saúde; políticas de saúde; estudos de implementação; recursos humanos em saúde; Sistema Único de Saúde; trabalhador da saúde; Brasil; Brasília. Uma pesquisa complementar foi realizada diretamente nos repositórios institucionais da Faculdade de Saúde/UnB e FIOCRUZ, sobre a APS no DF, com enfoque em suas reformas. Destacam-se a edição especial da Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2019, sobre as reformas de saúde de Brasília, além do Relatório Final de Pesquisa empreendida por intermédio da OPAS, esta que analisou o Programa Brasília Saudável, e ainda as publicações institucionais que analisaram antes e depois da implementação do CONVERTE-APS, como as principais publicações que subsidiaram a construção contextual em que se deu a reforma em análise nesta tese.

Um conjunto de textos normativos também foram tabulados e selecionados para este corpus de pesquisa, o que está mais bem descrito na próxima sessão deste capítulo. Indicadores de saúde do DF, da mesma maneira, foram selecionados para a contextualização da implementação da política em estudo, sendo o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), os dados públicos do portal e-gestor AB, e ainda os dados fornecidos

²⁵ Uma das estratégias de pesquisa é a que segue, inserida na base WoS: TS=(implementation) AND TS=("health policy") AND TS=("primary healthcare" or "primary care" or "Public health" OR "Family health strategy" OR "Brazil* Unified Health System" OR "More doctors program*") AND TS=("health worker" OR "health care worker" OR "nurse" OR "nursing" OR "community health worker" OR "physician" OR "human resources" OR "personnel" OR "worker") NOT TS=(hospital) AND CU=(Brazil)

pelo endereço web <https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/> as principais fontes de dados selecionados neste estudo.

Um segundo momento da pesquisa foi realização de entrevistas com informantes-chave, delineado para captar a percepção de distintos atores institucionais que fizeram parte do desenho da política de reforma da APS-DF, ou da implementação macro e micropolítica desta política de saúde, ou mesmo dos sujeitos-alvo da intervenção, ou seja, elencou-se uma série de profissionais de saúde que atuavam gestão e atenção primária à saúde entre 2011 e 2021 e que participaram em alguma(s) das fases do CONVERTE-APS. Buscou-se compreender a percepção destes atores quanto aos impactos, potenciais e fragilidades das políticas de saúde implantadas/implementadas neste período no Distrito Federal.

Considerando o atual contexto da pandemia de COVID-19, o qual dificulta a execução de procedimentos metodológicos presenciais, este estudo aplicou de forma prioritária um instrumental adaptado a esta realidade, a saber: entrevistas roteirizadas (Ver Apêndices A e B) aplicadas por telefone, videochamadas ou conferências *online* (Quadro 12).

A caracterização do perfil de entrevistados foi realizada através de um questionário estruturado aplicado no início da entrevista (Parte A – Apêndice A), subdivido em três tópicos: (1) Dados de identificação; (2) Formação em Saúde; e (3) Histórico Ocupacional/Experiência profissional (Atenção, Gestão e Formação em Saúde). O estudo descritivo destes participantes pode ser visto na sessão 6.2 desta tese.

A individualização das entrevistas se deu através de codificação única de letras e números, seguindo-se pela caracterização principal do informante-chave conforme os seguintes grupos: Gestão (letra “G”); Facilitador (letra “F”); Participante (letra “P”); e crítico da política ou Não-participante (letra “N”). Previu-se que alguns participantes poderiam apresentar características de mais de um grupo, contudo, quanto à divisão por grupos, buscou-se manter conforme indicação dos informantes-chave, tendo em vista a metodologia de seleção amostral escolhida na pesquisa: *snow ball* (Bola de neve, em português) – explanada mais adiante neste capítulo.

Em geral, a numeração seguiu a ordem de contato e confirmação (G1, G2, G3, e assim sucessivamente), não necessariamente a ordem de realização de entrevista, ainda que tenha havido renumeração por cancelamento/reagendamento de ao menos 01 entrevistado. Entretanto, dois dos entrevistados do grupo “G” foi realocado para o grupo “F” após a

realização das entrevistas, já que mesmo estes tenham participado do desenho macro-micro da política do CONVERTE-APS, a atuação na implementação da política foi bastante elucidativa na pesquisa, motivo pelo qual foi tomada a decisão de realocação de agrupamento.

Apesar da codificação única, era o próprio entrevistado que indicava por onde o roteiro iniciaria, a partir da pergunta: **“De 2011 a 2021, em relação a política de Atenção Primária à Saúde aqui no DF, passando especialmente por 2016-2017, por ocasião das portarias 77 e 78/2017 e o próprio CONVERTE-APS, como que você se enxerga e como você se insere? Seria mais no campo da gestão, da formulação de políticas; seria mais na formação profissional em saúde e facilitação no processo de conversão; seria como alguém que fez o processo de conversão e foi convertido; ou alguém que teve oportunidade e não quis fazer a conversão, ou atuou de forma mais crítica ao processo instituído?”**

O desenvolvimento da entrevista se deu por intermédio de roteiro semiestruturado conforme o enfoque por grupo (ver parte B – Apêndice A), ainda que pelas múltiplas inserções de vários dos entrevistados, exigiu-se adaptação do roteiro para contemplar o esclarecimento dos diversos momentos da implementação da política.

A parte B do roteiro (apêndice A) está articulada com categorias assumidas a priori no que tange a implementação de políticas de saúde:

- Existem três posições assumidas pelos atores sociais quanto à implementação da política: os formuladores da política (*policy makers*, aqui em geral alocados no grupo G”); os que executam a implementação (alocados no grupo “F”); e os influenciados pela política (*stakeholders*, alocados nos grupos “P” e “N”);
- Há um ideário ou conjunto de crenças que modula a maneira com que os profissionais executam suas práticas, e que por vezes é distinto do que se diz querer fazer/realizar;
- A compreensão de contexto é distinta entre os formuladores de política e podem indicar elementos de seu ideário e as motivações para as escolhas das políticas;
- Existem distintas maneiras de se analisar a implementação de políticas, porém as estratégias *Top Down x Bottom UP* são selecionadas como um paralelo dicotômico que permite explicitar como se produzem consensos, alianças, e se mapeiam os facilitadores e barreiras à implementação.
- Na análise institucional, o analisador dinheiro é categoria chave para a compreensão de conjunto de valores e práticas desempenhadas dentro da instituição.
- A presença de um líder carismático, mudanças no clima organizacional ou rupturas políticas são algumas das características que levam a aberturas de janela de oportunidade. Essas janelas levam a acelerações ou mesmo deslocamentos nas trajetórias das instituições, o que, de fato, abrem espaço para a implementação de reformas;

- As práticas educativas têm motivações e inspirações distintas entre quem conduz e quem é sujeito destas;
- O tempo em que as políticas são implementadas têm influência na percepção de como as reformas são executadas;
- A mesma intervenção, a depender da disposição prévia para a mudança dos sujeitos da intervenção, tem distintos resultados;
- A percepção da resultante da intervenção pelos participantes pode subsidiar elementos de crítica ao processo, e de fortalezas para a sua continuidade.
- Dispositivos, Atributos, Princípios e Diretrizes de distintos paradigmas perpassam de forma complexa e contraditória as práticas e as falas das pessoas, como os da: Atenção Primária à Saúde, Atenção Médica Ambulatorial, Modelo Biomédico, Modelo Biopsicossocial, Política Nacional de Humanização. Ver mais no Apêndice B.

Explicações alternativas¹⁸⁶ também foram buscadas através da realização de múltiplas entrevistas, e a seleção por representações dos quatro subgrupos apoiaram o processo de ampliação contextual e analítica da implementação da política. Ao longo das entrevistas, novos documentos, normativas e referenciais foram sendo elencados e incorporados ao corpus de pesquisa.

Para análise dos dados qualitativos, o referencial da análise de conteúdo de Bardin¹⁸⁸ (2016) foi escolhido. A partir da leitura e análise das entrevistas transcritas, em associação com o levantamento bibliográfico. Neste sentido, como recomenda Bardin, foi realizada uma leitura prévia de todo o material na forma de leitura flutuante, onde foram encontrados os núcleos temáticos e, após, uma nova leitura foi feita para compor as categorias de análise. Parte das categoriais foram extraídas do próprio roteiro, e outras emergiram da leitura e análise dos dados qualitativos da pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da UnB (CAAE 46346521.2.0000.5558), onde o pesquisador é docente, além de também ter sido aprovada no CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS (CAAE 46346521.2.3001.5553), tendo em vista que o campo de pesquisa se deu com servidores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), a qual, enquanto instituição coparticipante, também autorizou o desenvolvimento da pesquisa (conforme parecer consubstanciado Anexo A e B).

4.1. Detalhamento de aspectos metodológicos

4.1.1. Como foram ‘mapeados’ os sujeitos ‘chave’

As entrevistas, 22 (vinte e duas) no total, foram realizadas pelo próprio pesquisador entre 17/07/2021 e 10/10/2021. O método delineado de amostragem^{184,185} foi o “snow ball”¹⁸⁹ (bola de neve), no qual as primeiras entrevistas foram realizadas conforme a identificação de informantes-chave entre os quatro grupos estabelecidos para a pesquisa. Os demais participantes resultam de indicação pelos primeiros entrevistados e foram devidamente selecionados e acionados para a pesquisa. (Figura 4, a seguir).

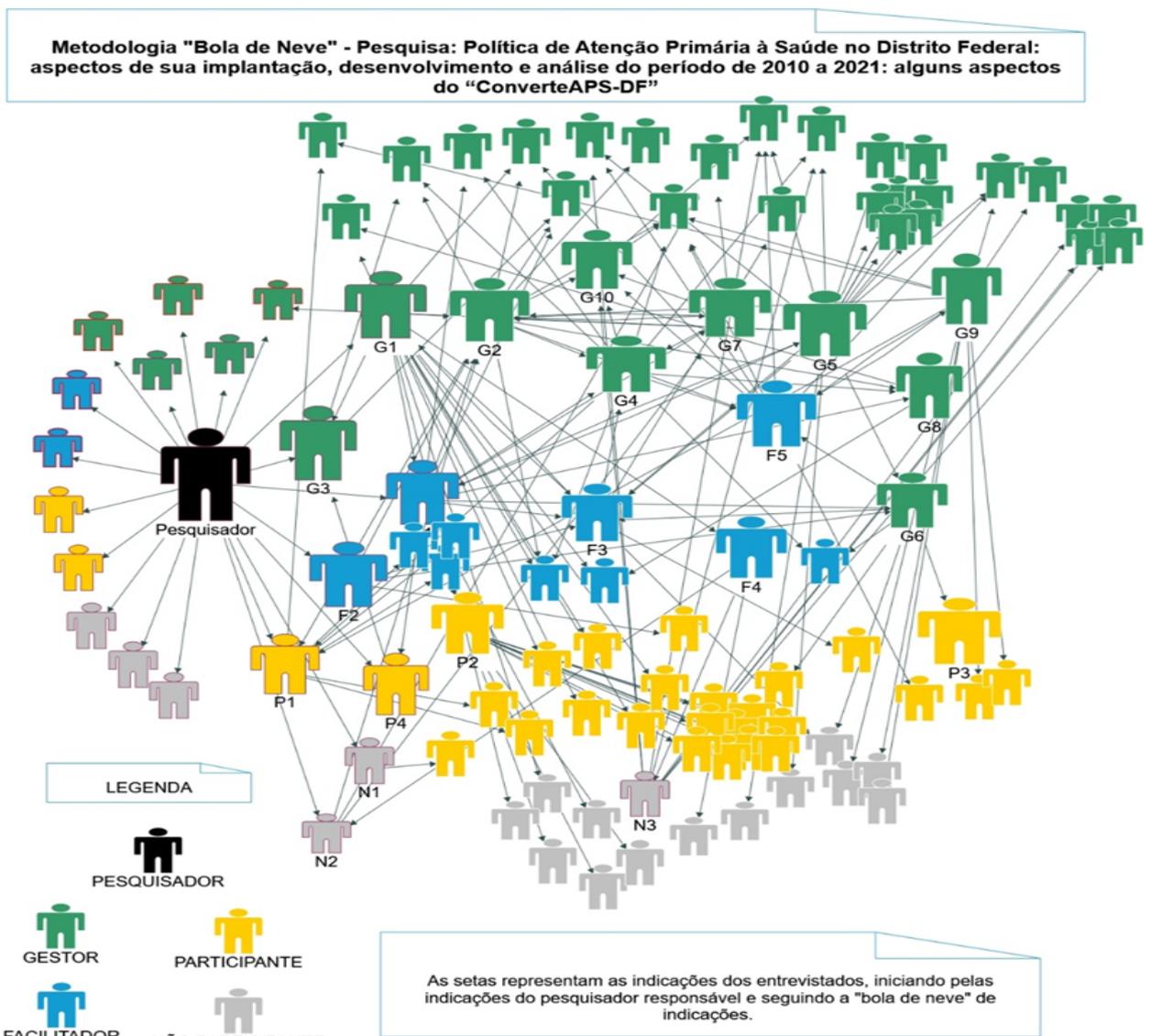


Figura 4. Indicações de participantes à pesquisa pela Metodologia Bola de Neve

Fonte: elaborado pelo autor

O contato inicial foi realizado entre 13 e 17/07/2021, quando dezessete informantes-chave foram acionados²⁶, com representação nos quatro grupos (G, F, P e N). A maioria dos participantes foram acionados duas vezes através de contato por mensagem via WhatsApp® do pesquisador principal. Excepcionalmente, mais que dois contatos foram realizados com pessoas com reiteradas indicações na bola de neve, o que não se revelou efetivo no desenvolvimento da pesquisa. Um total de 86 (oitenta e seis) pessoas foram indicadas como informantes-chave na pesquisa, entretanto, foi possível realizar a entrevista com um terço destes. Ver quadro 5.

O campo foi considerado ‘saturado’ após atingir o objetivo inicial delimitado para a pesquisa de vinte entrevistas, incluindo diferentes participações e contextos em relação à política de APS do DF. Alguns dos informantes-chave indicados foram excluídos por apresentar relação de trabalho próxima ao pesquisador (03); pela ‘saturação’ do grupo²⁷ (17); por não preencher os critérios de inclusão²⁸ (01); e por terem sido tardiamente citados²⁹ (07), totalizando então 28 profissionais. Ver figura 5.

Quadro 5. Registro de Entrevistados conforme grupo, data e duração das entrevistas

²⁶ Também chamados de sementes, a partir das quais se pode acessar os demais informantes-chave: “para o pontapé inicial, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Isso acontece porque uma amostra probabilística inicial é impossível ou impraticável, e assim as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador. Eventualmente o quadro de amostragem torna-se saturado, ou seja, não há novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao quadro de análise.” (VINUTO, 2014)²¹⁷

²⁷ Maioria do grupo “G”, dado o delineamento pesquisa, que buscou compreender e analisar uma política de saúde implementada, muitas indicações surgiram de profissionais que executaram a política no âmbito regional.

²⁸ Um médico, não servidor, foi indicado para participar da pesquisa. Dado o escopo aprovado no CEP-FM e FEPECS, este foi excluído e não entrevistado.

²⁹ O fechamento do campo para fins de composição de texto final da tese foi um dos responsáveis pela não realização de contato com estes informantes-chave indicados. Novas pesquisas, derivadas desta tese, podem lançar mão de executar e ampliar o campo desta pesquisa.

Entrevistado/Grupo	Data da Entrevista	Tempo de Entrevista
F1	18/07/2021	01:00:27
F2	17/07/2021	01:02:55
F3	13/08/2021	01:55:20
F4	28/08/2021	01:09:57
F5	14/10/2021	01:08:49
G1	21/07/2021	01:04:08
G2	19/07/2021	01:17:44
G3	09/08/2021	01:37:41
G4	25/07/2021	01:22:43
G5	15/09/2021	01:31:12
G6	29/07/2021	01:24:55
G7	27/07/2021	01:07:28
G8	20/07/2021	01:18:34
G9	27/10/2021	01:59:51
G10	28/10/2021	01:36:55
P1	19/07/2021	01:18:39
P2	20/07/2021	01:13:36
P3	13/08/2021	00:54:00
P4	13/08/2021	01:12:58
N1	20/07/2021	01:25:11
N2	10/10/2021	01:32:24
N3	10/10/2021	01:25:25
Tempo total de Entrevistas		29:40:52 (média: 01:20:57)

Fonte: Elaborado pelo autor

Todos os entrevistados autorizaram a gravação da voz, a qual foi integralmente transcrita por uma profissional, e o registro foi validado pelo pesquisador conforme o áudio disponível em mídia local em que foram armazenadas as gravações. As entrevistas renderam quase trinta horas de gravação, numa média de 01:20:57 por entrevista (Quadro 5). A transcrição em formatação semelhante à deste trabalho contabilizou um total de 564 páginas (cerca de duzentos e cinquenta mil palavras), que foram examinadas através da Análise de Conteúdo, com apoio do software Nvivo® Release 1.5.1 (licença estudantil).

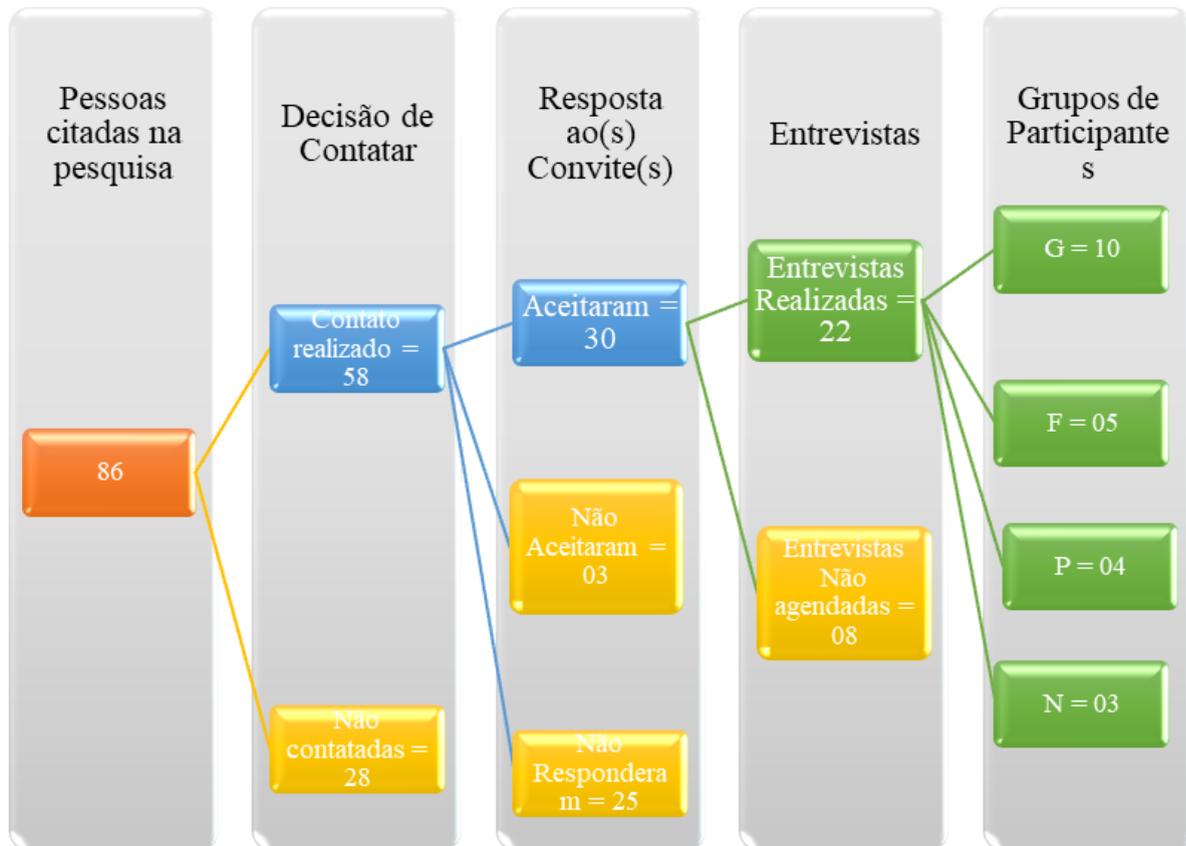


Figura 5. Fluxograma de decisão na pesquisa

Fonte: elaborado pelo autor

O Gráfico 2 (abaixo) demonstra que o campo poderia ter sido ainda maior, contudo, as dificuldades impostas pelo contexto de pandemia de COVID-19, este que restringiu o contato do pesquisador com os entrevistados, sobretudo considerando a característica profissional dos participantes selecionados: todos estes possuíam inserção na área da saúde - uma das mais afetadas pelo contexto, em especial nos que atuam na esfera assistencial.

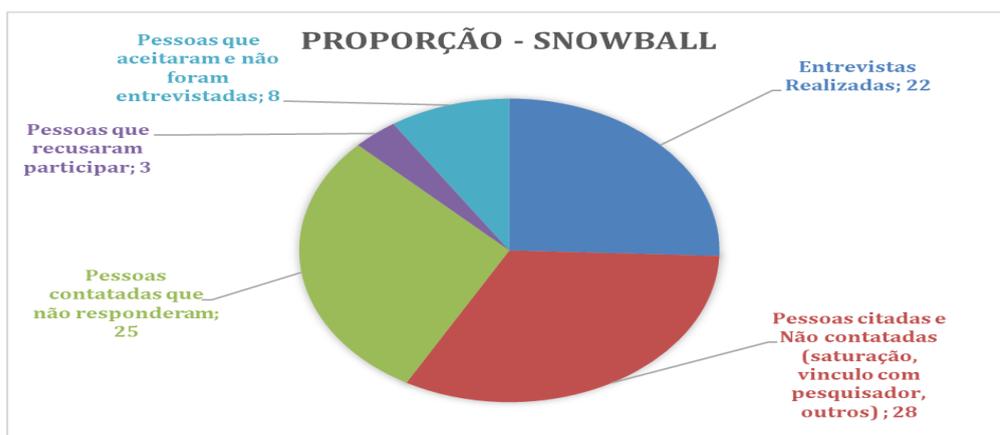


Gráfico 2. Proporção de participantes da pesquisa, conforme decisão.

Fonte: elaborado pelo autor.

Oito pessoas aceitaram participar da entrevista, contudo, não foi possível encontrar uma agenda disponível para a realização da pesquisa. O número de pessoas não contatadas, conforme já pormenorizadas as razões para isso em parágrafo anterior, é numericamente igual ao de pessoas que foram contatadas e que não responderam ou declinaram ao convite.

Outros documentos³⁰, por indexação da própria biblioteca, foram incluídos pela relevância frente a uma mudança de modelo ou explicação normativa da lógica de funcionamento da APS no DF, mesmo que sejam anteriores a 2011, sistematizados na tabela 3, abaixo. Na indexação inicial dos documentos, 842 foram elencados, sendo selecionados para leitura inicial, a partir da ementa 401 documentos, distribuídos conforme a tabela abaixo. A lista completa destes documentos selecionados para a bibliografia documental-normativa deste trabalho pode ser vista no Apêndice D.

Tabela 3. Número documentos normativos do GDF selecionados para leitura inicial, conforme tipo e período de publicação

Documento/Ano	Até 2010	2011-2015	2016-2018	2019-2021	Nº documentos
Leis	3	2	2	6	12
Decretos	2	13	13	12	40
ADI				1	1
Deliberações			1	7	8
Instruções		1		2	3
Notas Técnicas			1		1
Ordens de Serviço	1	3	38	74	116
Pareceres				1	1
Portarias	8	69	58	63	198
Recomendação				3	3
Resolução		3	7	7	17
Total	14	91	120	176	401

Fonte: autoria própria, com dados extraídos do [sítio sinj.df.gov.br](http://sinj.df.gov.br)

³⁰ Registre-se que alguns poucos documentos anteriores a 2011 foram incluídos na pesquisa devido sua importância contextual e referência em outros documentos normativos.

4.1.2 Análise do campo de pesquisa

Seguindo os ensinamentos da análise de conteúdo¹⁸⁸, foram elencadas para constituição do *Corpus*³¹ desta pesquisa uma série de portarias, leis, registros, relatórios e diversos outros documentos que obedecem aos seguintes critérios:

- Regra da exaustividade e não-seletividade:
 - o Foram selecionados para a análise, a priori, todas as portarias, leis, relatórios e outros documentos acessíveis por intermédio de consulta pública ou aos entrevistados que fornecessem elementos correlacionados com o reordenamento do modelo da atenção à saúde do Distrito Federal.
- Regra da representatividade:
 - o Todas as transcrições das entrevistas, assim como aqueles documentos que tivessem como foco a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e seu reordenamento, foram submetidas à análise nesta pesquisa.
 - o A divisão em quatro grupos buscou estabelecer o compromisso do pesquisador em registrar distintos pontos de vista frente à política em estudo.
- Regra da homogeneidade:
 - o As entrevistas foram identificadas por letra inicial de um dos 04 grupos desenhados para a pesquisa, seguido de numeração cardinal, conforme confirmação da realização da entrevista.
 - o O grupo G foi composto por profissionais de saúde que atuam ou atuavam na Gestão da Política de Atenção Primária à Saúde do DF entre 2011 e 2021, sendo o enfoque da entrevista semiestruturada guiado, e não exclusivamente conduzido, pelo roteiro dirigido a este grupo, assim como procedido com os grupos.
 - o O grupo F foi composto por profissionais de saúde que atuaram como facilitador ou executor final de em alguma das etapas (aulas teóricas, estágio

³¹ “Conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos.” Bardin, 2016, p. 126

prático, avaliação) do Curso de Preparação para a Conversão de Modelo de Atenção à Saúde do DF à Estratégia Saúde da Família.

o O grupo P foi composto por participantes deste curso, enquanto o grupo N foi composto por profissionais de saúde não-participantes, porém, estiveram em contato próximo à implementação desta política e se posicionaram como críticos ou simplesmente recusaram a participar deste curso.

o Os documentos foram agrupados conforme sua composição: portarias, leis, artigos científicos, teses/dissertações/monografias que tratem sobre a APS no DF no período em estudo, artigos de notícia em mídias digitais, vídeos de entrevista a defensores e críticos desta política, além de relatório de inquéritos populacionais especificamente delineados para a temática da APS no DF. Os documentos normativos selecionados foram listados no Apêndice D.

- Regra da pertinência:

o A seleção do *Corpus* se ateve ao estabelecido nos objetivos desta pesquisa.

o Todas as entrevistas, tendo em vista que preenchiam dos critérios de inclusão, foram incluídas neste *Corpus*.

o Os documentos normativos selecionados remetiam à política de APS, recursos humanos em saúde do DF e organização da gestão da Rede de Atenção à Saúde do DF, assim como explicitavam mudanças na esfera do organograma da Administração Central ou das Regiões de Saúde do DF.

Os entrevistados foram codificados quanto à menção de atuação pessoal ou próxima de alguma dessas RA. Os termos foram consultados nas transcrições das entrevistas e se percebe a presença de referências a todas as 07 regiões de saúde, conforme o gráfico 3, a seguir. Cada RA foi atribuída como um *caso* no software Nvivo®, com o atributo de SRS para cada RA, conforme o pelo DECRETO N° 38.982¹⁹⁰.

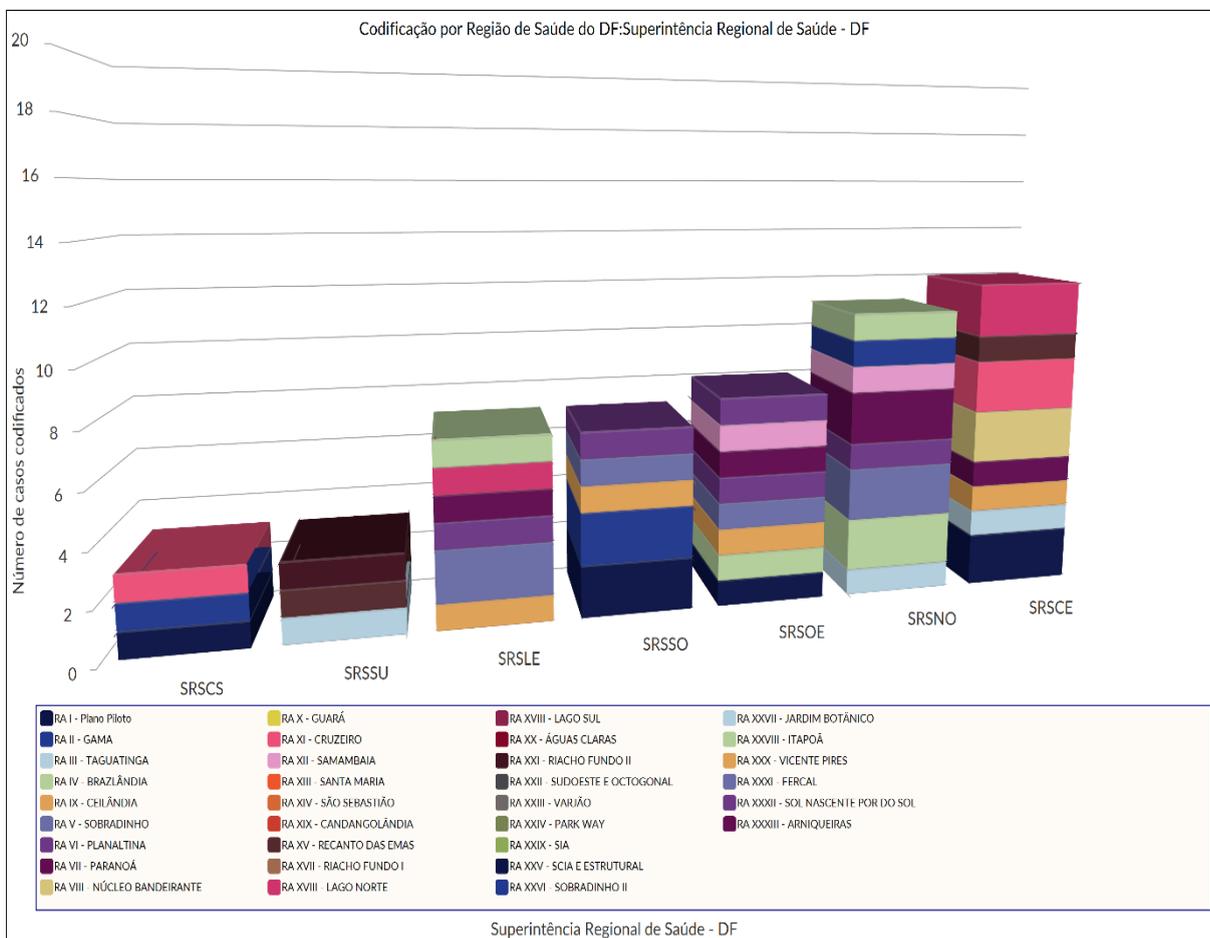


Gráfico 3. Codificação de RA nas entrevistas por SRS

Fonte: elaborado pelo autor.

Os resultados da pesquisa de campo estão registrados no capítulo 5 desta tese e discutidos em quatro partes:

- o Análise contextual da situação de saúde do DF, partindo do desafio de se ordenar uma rede assistencial articulada com a APS em uma metrópole e da discussão acerca de indicadores selecionados;
- o Síntese narrativa dos episódios da construção da política de APS-DF: antes até depois do CONVERTE-APS;
- o Estudo descritivo do perfil dos entrevistados;
- o Reconstituição analítica das entrevistas, mediante as temáticas elencadas.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

CAPÍTULO 5.1. O TERRITÓRIO E A APS NO DF

5.1.1. Brasília e o desafio de se arquitetar uma metrópole saudável

O Brasil conta hoje com 15 metrópoles³², sendo que São Paulo ocupa a posição isolada de “Grande Metrópole Nacional”, seguida por Brasília³³ e Rio de Janeiro, consideradas “Metrópoles Nacionais”¹⁹¹. O que chama a atenção é que, dentre essas três cidades, Brasília tem uma rede de influência que abrange cerca de 20% do território nacional (277 cidades pertencentes a 10 Estados), com um Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de R\$ 40 mil anuais (totalizando R\$ 458 bilhões, o terceiro maior do país)¹⁹¹.

O Distrito Federal apresenta experiências de Saúde Pública descritas por diversos autores¹⁹²⁻¹⁹⁶, e uma importância adicional é dada para as primeiras políticas de saúde que ordenaram a organização do complexo assistencial de saúde de Brasília.

Na prática, o sistema de saúde do Distrito Federal, até o presente, gravita em torno de dois principais Planos de Saúde: Bandeira de Mello de 1960 e Jofran Frejat de 1979. O primeiro propôs a criação de uma instância de gestão denominada Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), subordinada à SES-DF e integrada por estruturas hospitalares de diferentes níveis de complexidade e uma rede de serviços básicos em todo o território, capaz de oferecer assistência a uma população de 500 mil habitantes. (Gottens⁹⁰ *et al*, p. 1412).

Brasília implantou em sua origem um modelo de atenção com inspiração europeia a partir do plano Bandeira de Melo, modificado pelo plano Jofran Frejat. Este, inspirado no ideário de Alma-Ata, reorientava a assistência para a

estratégia do cuidado primário prestado em postos rurais e nos centros de

³² Bruno Hidalgo¹¹³, gerente de Redes e Fluxos Geográficos do IBGE esclarece a distinção entre metrópoles e regiões metropolitanas: “O conceito de metrópole do estudo é diferente do de regiões metropolitanas, que são recortes legais definidos pelos estados para fins de planejamento. A pesquisa delimita as regiões de influência associadas aos centros urbanos e os vínculos estabelecidos entre as cidades na busca de bens e serviços. O elo final de cada rede são as metrópoles, para onde convergem as vinculações de todas as cidades presentes no território nacional”

³³ A ideia de iniciar este capítulo contextualizando o DF enquanto uma das maiores metrópoles brasileiras tem relação com o desafio de se implantar uma APS fortalecida em grandes centros urbanos. Um estudo interessante sobre esta temática pode ser visto em Brasil (2005)²⁸⁸.

saúde, com a oferta de especialidades básicas em ginecologia, pediatria, clínica médica e odontologia para cada 30 mil habitantes. Previa, também, a construção de hospitais regionais em cada cidade satélite e um hospital de base, referência para a alta complexidade. Estabelecia a hierarquia na assistência, a referência e a contra referência, além da regionalização dos serviços. Adicionalmente, adotou a contratação de novos profissionais de saúde, o que ampliou o acesso de usuários e a oferta de serviços em atenção básica, com conseqüente melhoria dos indicadores, particularmente, os de mortalidade infantil e materna. (Gottens⁹⁰ *et al*, p. 1412).

Gottens⁹⁰ *et al* analisam a política de APS no âmbito do Distrito Federal entre 1960 e 2007 e a dividem em cinco períodos, apontando os seguintes aspectos da organização da APS:

- **Primeiro período: 1960 a 1969** - Reforma e construção de unidade básica de saúde no Plano Piloto, nas cidades satélites e em núcleos rurais; e criação da Fundação Hospitalar do Distrito Federal e elaboração do Plano de Saúde de Brasília (Bandeira de Mello).
- **Segundo período: 1969 a 1983** - construção de mais de quarenta unidades básicas de saúde em áreas urbanas e rurais de cidades satélites e Plano Piloto. Realização da primeira experiência considerada a semente do PSF pela Unidade de Saúde de Planaltina e pelo Grupo de Integração Comunitária (prestação de “assistência médica, social e de enfermagem” às famílias rurais por equipes multiprofissionais), implementada no período de 1974 a 1978; e elaboração e implantação de novo plano (Plano Jofran Frejat) que previa a construção de unidades básicas de saúde, com vistas à descentralização do atendimento, inspirado no modelo de saúde adotado na Inglaterra e Alma Ata.
- **Terceiro período: 1983 a 1990** - Elaboração de plano para o resgate da Atenção Primária à Saúde, implantando a Gratificação de Atenção Básica, com suplementação de 30% sobre o salário-base do profissional de saúde lotado em Unidades Básicas de Saúde.
- **Quarto período: 1990 a 1998** - Implantação do Programa Saúde em Casa (SC) como estratégia de reformulação do modelo de atenção à saúde, atingindo 14 das 19 cidades do Distrito Federal, nas quais atuavam 278 equipes de PSF em áreas urbana e rural.
- **Quinto período: 1999 a 2007** - Substituição do SC pelo PSF com mudanças na operacionalização, em decorrência da solicitação de cancelamento pelo Ministério Público do Distrito Federal, que questionou o programa devido à contratação de trabalhadores sem concurso público; e elaboração de proposta de plano de conversão da rede tradicional de Atenção Primária à Saúde para atuar nos moldes da Estratégia Saúde da Família

De forma semelhante, Hildebrand¹⁹⁵ analisa os modelos de atenção na APS do DF no período de 1997 a 2006 através dos documentos, entrevista e grupos focais com profissionais e gestores que atuaram ao menos 12 meses no Programa Saúde em Casa (1997-1998), no Programa Saúde da Família/DF (1999-2003) e no Programa Família Saudável - FS (2004-2006), analisando avanços, retrocessos e retomadas nestas políticas. A autora sintetiza seu trabalho trazendo que

A implantação de um novo modelo de atenção no DF refletiu a contradição existente no cenário nacional de operacionalização das propostas e ideários de mudança frente à conjuntura política e econômica que determinam o paradigma dominante na saúde. As conquistas do movimento de reforma sanitária do país forçam a mudança conceitual operacional da saúde tanto nos aspectos jurídicos e organizacionais, como nas práticas, organização e gestão em saúde. (p. 281)

A partir da Tabela 4 (a seguir), pode-se notar como Brasília teve um imponente crescimento populacional desde antes da implementação do Programa Saúde em Casa, acompanhado pelo aumento de hospitais e médicos na cidade, com clara queda na mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida. A expectativa de vida ao nascer dos brasilienses supera a brasileira para ambos os sexos, desde o ano 2000, segundo dados do sítio “infodf”, vinculado à Companhia de Planejamento do DF (<http://infodf.codeplan.df.gov.br/expectativa-de-vida-ao-nascer/>).

Cabe salientar que os dados de número de médicos, a depender de fonte consultada, são bastante divergentes, sendo que no Portal CFM e no Estudo Demografia Médica 2020 são contabilizados os números de inscrição, que no DF saltaram de 13.215 registros ativos no CRM-DF em 2018, para 14.356 em 2020, o que alcança a maior proporção de médicos/1000hab no Brasil de todas as unidades federativas: uma proporção de 5,11 médicos/1000hab. Optou-se para esta tabela 4, pelos dados fornecidos pela SES-DF, através do Relatório Anual de Gestão, que guardam similaridade com os registrados por Gottens et al¹⁹⁶ em seu artigo.

Tabela 4. Oferta de serviços de saúde, mortalidade infantil, materna e esperança de vida ao nascer no DF. Brasília-DF, 2019.

Ano	1993	2000	2010	2018	2020
População	1.657.841	2.043.169	2.570.160	2.972.209	3.015.268
Nº hospitais públicos	11	13	15	16	16
Leitos operacionais	2.727	2.706	4.338	4.327	4.761
Nº leitos/Mil hab./ano	1,64	1,32	1,68	1,45	1,57
Nº médicos SES-DF		2.570	4.683	5.439	4.872
Méd. SES-DF/1000 hab.		1,25	1,82	1,82	1,61
Nº de Enfermeiros SES-DF		1.070	2.216	3.520	3.632
Enf. SES-DF/1000 hab.		0,52	0,86	1,18	1,20
Taxa de Mortalidade Infantil**	25,43	15,27	12,16	10,26	9,77
Expectativa de Vida ao Nascer (H/M) ****	68,6	68,5/76,1	72,5/79,9	74,9/82,0	75,4/82,4
Razão de Mortalidade materna***		35,42	38,4	47,6	33,3

Fonte: adaptado de Gottems *et al*¹⁹⁶ (2019 p. 2001), com dados do Relatório Anual de Gestão 2018 e 2020.

Notas: (*) No período de 2017/2018, todos os Centros de Saúde passaram a atuar como UBS com Equipes de Estratégia Saúde da Família ou Policlínicas, com exceção de 2 postos, que continuarão como apoio. (**) Fonte: RIPSA, 2012 (1990-2011) e SES-DF (2012-17) e (***) Nº de óbitos maternos/ 100.000 NV fonte:

<https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/lei-6219-2018-indicadores-de-mortalidade/> (****)

Expectativa de vida Homens/Mulheres: Dados 2000 – 2018 extraídos de

<http://infodf.codeplan.df.gov.br/expectativa-de-vida-ao-nascer/>

A discrepância nos dados pode sinalizar que boa parte dos médicos que atuam no DF estão fora da atuação na SES-DF, ou não estão sendo contabilizados pelo sistema de informações desta secretaria. Se a primeira hipótese é tomada por verdadeira, percebe-se que na década 2010-2020, a SES-DF conseguiu incorporar um contingente inferior a 200 (duzentos) profissionais médicos, abaixo do ritmo de crescimento da população, com reflexo na queda da proporção de médicos/hab na pasta. Mesmo que numericamente inferior ao número de médicos, houve um importante incremento de enfermeiros na SES-DF neste mesmo período, da ordem de quase 1500 (hum mil e quinhentos) profissionais.

Observa-se, na Tabela 5 (a seguir), a evolução da oferta de serviços de saúde de APS e a cobertura populacional por Estratégia Saúde da Família desde 1998 até 2020 em Brasília-DF.

Tabela 5. Evolução da oferta de serviços de saúde de APS e cobertura populacional de 1998 a 2020, em paralelo com as políticas reordenadoras da Rede de Atenção à Saúde. Brasília-DF, 2021.

Políticas reordenadoras da RAS no DF****	Ano	Nº CS	Nº PSU/R	Total de UBS	População	Nº EqSF**	% Cobertura por ESF***	% Cobertura AB
SC	1998	58	27	85		277	50,91	
PSF/DF	1999	59	24	83		121	22,59	
PSF/DF	2000	59	29	92		60	10,51	
PSF/DF	2001	63	30	91		60	9,87	
PSF/DF	2002	61	30	91		40	6,58	
FS	2003	61	31	92		0	0	
FS	2004	61	33	94		38	5,99	
FS	2005	61	37	98		40	6,3	
FS	2006	61	42	98		24	3,55	
ESF	2007	62	41	103	2.383.784	33	4,77	42,46
ESF	2008	61	31	92	2.455.903	41	5,75	40,46
ESF	2009	61	31	92	2.557.158	92	12,41	46,98
ESF	2010	68	25	93	2.606.885	119	15,74	46,44
PDRCS	2011	68	39	107	2.570.160	117	15,70	50,21
PDRCS	2012	66	41	107	2.609.997	174	23	53,84
PDRCS	2013	66	41	107	2.648.532	205	26,70	59,71
PDRCS	2014	60	38	98	2.789.761	242	29,92	62,45
PRS	2015	66	49	115	2.852.372	250	30,23	62,96
PRS	2016	66	2	68	2.914.830	247	29,23	60,98
PBS	2017	66	2	68	2.977.216	290	33,60	58,33
PBS	2018	(*)	2	172	3.039.444	483	54,82	61,26
QualisAPS	2019		2	172	2.974.703	372	43,14	53,36
QualisAPS	2020		2	175	3.015.268	472	54	58,72

Adaptado³⁴ de Gottens *et al*¹⁹⁶, 2019 p. 2002

Legenda: APS – Atenção Primária À Saúde; CS – Centro de Saúde; PSU/R – Posto de Saúde Urbano e Rural; EqSF – equipes de Saúde da Família. ESF – Estratégia Saúde da Família; SC: Programa Saúde em Casa; PSF: Programa Saúde da Família; FS: Programa Família Saudável; PDRCS: Projeto para o desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde no Distrito Federal e transferência de tecnologia em contratualização de serviços de saúde; PRS: Programa de Regionalização da Saúde; PBS: Programa Brasília Saudável. QualisAPS: Programa de Qualificação da Atenção Primária à

³⁴ Adaptamos os dados conforme o relatório público disponível do site egestorab.saude.gov.br, na aba de relatório de cobertura de Atenção Básica, selecionando o mês de dezembro de cada ano como dado a ser extraído para a tabela, conforme dados disponíveis a partir de 2007. Cobertura ESF: cobertura populacional estimada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, dada pelo percentual da população coberta por essas equipes em relação à estimativa populacional. Considera-se o parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe ESF, enquanto nas equipes de Atenção Básica (eAB) tradicionais equivalentes e parametrizadas o parâmetro é de 3.000 indivíduos cobertos por equipe. Cobertura AB: cobertura populacional estimada na Atenção Básica, dada pelo percentual da população coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Atenção Básica tradicional equivalentes e parametrizadas em relação à estimativa populacional.

Saúde do Distrito Federal. Notas: () No período de 2017/2018, todos os Centros de Saúde passaram a atuar como UBS com Equipes de Estratégia Saúde da Família ou Policlínicas, com exceção de 2 postos, que continuaram como apoio. (**) No DF foi realizada uma mudança no indicador que mensura a cobertura populacional por EqSF, que ampliou o quantitativo populacional por equipe, motivo pelo qual há divergência entre os dados extraídos do MS e dos relatórios da SES-DF. (***) O mês de dezembro de cada ano foi utilizado para o dado de cobertura. (****) Políticas de reordenamento ou com ações que impactam no modelo assistencial e gerencial da APS-DF destacadas na literatura levantada para esta tese.*

O número de equipes de Saúde da Família (EqSF) é notadamente maior em 1998, momento final de implantação do Programa Saúde em Casa (SC), quando a cobertura ESF atinge sua maior amplitude (50,91%), com ciclo de recuo em número de equipes e em cobertura, chegando a zero EqSF em 2003, por ocasião da mudança do Instituto Candango de Solidariedade para a Fundação Zerbini, na transição do Programa Saúde da Família do DF (PSF/DF) para o Programa Família Saudável (FS). Um novo ciclo de crescimento em cobertura ESF e expansão de EqSF se inicia em 2009-2010, e o marco de 1998 só é superado vinte anos depois, apenas em 2018 (com 483 EqSF e cobertura ESF de quase 55%), diante da “virada de chave” do CONVERTE-APS e suas políticas associadas.

A distinção entre Cobertura ESF e Cobertura de Atenção Básica (AB) se trata da parametrização de equipes para atuação na APS distinto ao modelo proposto pela ESF. Para Brasília, esta distinção é importante, tendo em vista a decisão de padronizar em um modelo único, o da ESF. A cobertura AB, portanto, é a cobertura ESF acrescida destas equipes parametrizadas, e se pode notar que à medida em que a expansão de Cobertura AB salta dos 40% para os 60% entre 2011 e 2015, esse crescimento não foi intimamente acompanhado do crescimento de cobertura ESF, com consequente indicação de expansão de equipes parametrizadas neste período. Esta lógica se inverte a partir de 2017, quando a cobertura ESF é responsável, pela primeira vez na década de 2010-2020, por mais da metade da cobertura AB, e chega a algo em torno de 90% do conjunto representado pela cobertura AB no DF em 2020, já em período pós-CONVERTE.

O Gráfico 4 (a seguir) demonstra com a área esverdeada que o número de EqSF vem expandindo com algum vigor na década 2010-2020, saindo de pouco mais de 150 equipes para um universo superior a 500 eSF implantadas.

Em 12/2020 a UF contava com 472 equipes de Saúde da família vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família, 47 equipes na Atenção Básica Tradicional (**ESF equivalentes** - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h) e 0 equipes em função da adesão ao PMAQ (**ESF parametrizadas**).

A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na

Atenção Básica (AB) era de 1.770.630 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da Família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 1.628.400 pessoas.⁸¹

Elemento a ser destacado do Gráfico 4 é a oscilação na cobertura ESF (linha vermelha cheia), ao passo que, apesar das flutuações, nota-se tendência linear de crescimento (linha preta tracejada), e a cobertura ESF se mantém acima de 40% desde o pós-CONVERTE, apesar de não ter atingido os 70% de cobertura em nenhum período da década 2011-2020. A tendência linear indica valor próximo de 1,0 (hum), que poderia explicar um provável crescimento da cobertura ESF ao longo dos anos em análise, contudo, vale ressaltar que pelos estudos de Preker *et al*⁹³, a curva de expansão de cobertura costuma assumir um padrão em “S”, com maior aceleração entre a porção “40%-60%” e um maior desafio apontado para a superação da marca de 60%, em direção a uma cobertura universal (especialmente acima dos 80%).

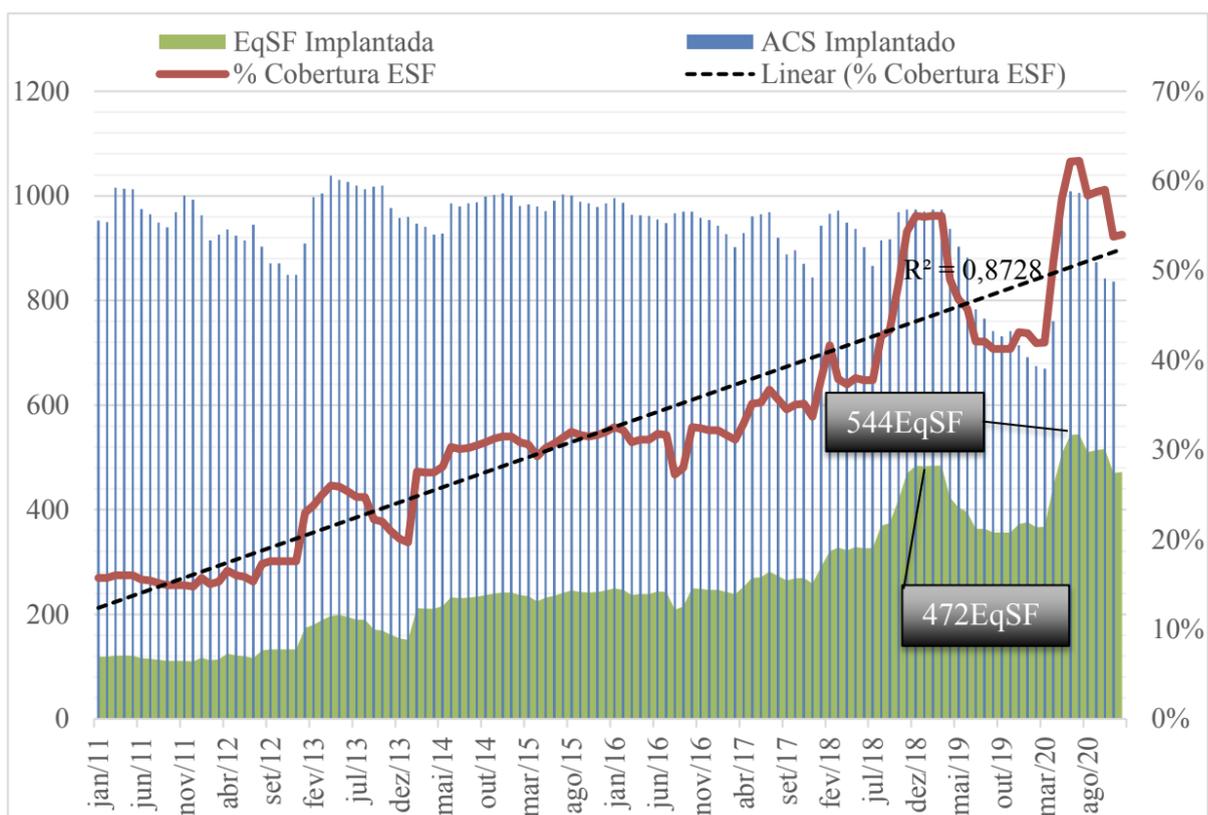


Gráfico 4 Cobertura percentual da População pela ESF, número de ACS e de EqSF implantados em Brasília-DF, entre 2011 e 2020.

Fonte: elaborado pelo autor. Dados extraídos do e-Gestor AB, consulta realizada em 06/2021.

Na última década, os períodos de maior ascensão no % de cobertura ESF foram:

- Governo Agnello Queiroz:
 - 18% (dezembro/12) para 26% (maio/13);
 - 20% (janeiro/14) para 30% (junho/14);
- Governo Rodrigo Rollemberg:
 - 27% (agosto/16) para 33% (outubro/16);
 - 34% (dezembro/17) para 42% (fevereiro/2018);
 - 38 (julho/18) para 56% (dezembro/18);
- Governo Ibaneiz Rocha:
 - 42% (fevereiro/20) para 62% (julho/20).

Outro aspecto analisado no gráfico 4 é a flutuação no número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Existe um impasse³⁵ jurídico que levou à estagnação da possibilidade de contratação de ACS pela via de concursos públicos¹⁹³, então a Gestão Ibaneiz lançou mão de contratos temporários¹⁹⁹, o que viabilizou a homologação das EqSF que estavam com a pendência de lotação desse profissional para receberem homologação¹⁹³, algo que impacta na análise de cobertura de ESF.

5.1.2. O diagnóstico de Saúde do território

No âmbito do diagnóstico da situação de saúde de um território, remonta-se aos saberes epidemiológicos para traçar as modificações expressas nos indicadores sanitários frente a um contexto ou uma intervenção, definindo, pois, o impacto desta intervenção. As intervenções em políticas de saúde, as reformas dos sistemas nacionais e locais e a

³⁵ O impasse jurídico é atribuído à Ação Direta de Inconstitucionalidade¹⁹⁷ (ADI) nº 0000550-62.2019.8.07.0000 de 26/04/2019 do TJDF, que foi extinta sem julgamento de mérito em decisão publicada em 18/05/2021. Essa ADI questionava o artigo 20 da Lei n. 5237/2013¹⁹⁸, que tratava do seguinte teor: Art. 20. Os atuais agentes de vigilância ambiental em saúde e os agentes comunitários de saúde pertencentes à Tabela Especial de Emprego Comunitário do Distrito Federal podem, mediante manifestação expressa, de caráter irretratável e irrevogável, em até noventa dias após a publicação desta Lei, fazer opção para integrar a carreira Vigilância Ambiental e Atenção Comunitária à Saúde, na forma do Anexo II.

§ 1º Nos casos de afastamentos e licenças legais, a opção pode ser feita até o primeiro dia subsequente ao seu término.

§ 2º Somente pode valer-se dos termos deste artigo o agente de vigilância ambiental em saúde e o agente comunitário de saúde que tenha convalidado sua participação em processo seletivo ou concurso público na forma do art. 198, § 4º, da Constituição Federal e do art. 2º, parágrafo único, da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, bem como os que cumpriram os requisitos previstos no art. 37, II, da Constituição Federal.

§ 3º Os agentes de vigilância ambiental em saúde e os agentes comunitários de saúde que não façam opção permanecem na Tabela Especial de Emprego Comunitário do Distrito Federal, submetidos ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho e no quadro em extinção.

implementação de programas sociais, arranjos organizativos, seja uma ferramenta clínica, como o apoio matricial, ou mesmo um dispositivo distinto, como as equipes de referência, todas essas práticas são passíveis de avaliação.

O DF conta com 33 regiões administrativas e sua Secretaria de Saúde atua de forma regionalizada e atualmente apresenta uma composição de sete regiões de saúde, coordenadas pelas Superintendências Regionais de Saúde. A distribuição das RA entre as Superintendências Regionais de Saúde (SRS) foi normatizada pelo Decreto nº 38.982¹⁹⁰, de 10 de abril de 2018, que altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. As RA foram distribuídas entre essas 07 regiões:

1. Região de Saúde Central: Asa Sul, Vila Telebrasil, Asa Norte, Vila Planalto, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Noroeste, Sudoeste/Octogonal.
2. Região de Saúde Centro-Sul: Guará, Cidade Estrutural, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA).
3. Região de Saúde Norte: Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal
4. Região de Saúde Sul: Gama e Santa Maria
5. Região de Saúde Leste: Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico, São Sebastião e Jardins Mangueiral
6. Região de Saúde Oeste: Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol e Brazlândia
7. Região de Saúde Sudoeste: Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueira, Recanto das Emas e Samambaia.

As SRS receberam nomenclatura homônima às suas respectivas regiões de saúde:

1. SRSNO: SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE
2. SRSSU: SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE SUL
3. SRSLE: SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE LESTE
4. SRSOE: SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE OESTE
5. SRSSO: SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE SUDOESTE
6. SRSCS: SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO-SUL
7. SRSCE: SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRAL.

Território, conforme definido por Borges & Taveira²⁰⁰ (2012), trata-se de um espaço geográfico sobre o qual se exercem poderes pelo Estado e pelas pessoas, e que é determinado por intermédio destes, ou seja, um lugar sobre o qual a vida em sociedade se opera, produz-se e se reproduz²⁰¹. Brasília, o território vivo que este estudo toma por campo de análise (figura 6), é aqui aferida através dos seguintes indicadores: sociodemográficos; Coeficiente de mortalidade específica por causas selecionadas; incidência de sífilis congênita; e incidência de dengue. Um diagnóstico não associado a rótulos fixos é buscado para se

compreender a evolução das políticas de APS e sua repercussão na cidade. A pandemia de COVID-19 é contextualizada frente alguns dos achados.

No período de 2010 até 2021, a movimentação de reordenamento da APS e da rede de assistência à saúde do DF avança em aspectos de regionalização e de mudança na política de saúde. Na Figura 6 (a seguir), pode-se ver o novo desenho de regiões de saúde de Brasília, um total de sete regiões, e na Figura 7 a distribuição territorial das UBS em Brasília em 2021.

A Região Central de Saúde do DF, na qual a Região Administrativa (RA) do Plano Piloto se integra, é a única que possui fronteira com todas as outras seis Regiões de Saúde da capital brasileira. Com trinta e três RA, sendo as RA Planaltina (fundada em 1859, pertencente à Região de Saúde Norte) e Brazlândia (fundada em 1933, pertencente à Região de Saúde Sul) as mais antigas, até as últimas RA criadas, já em 2019: Sol Nascente/Pôr do Sol (desmembrada da RA Ceilândia, pertencente à Região de Saúde Oeste), e Arnieiras (desmembrada da RA Águas Claras, pertencente à Região de Saúde Sudoeste), Brasília encontra-se circunscrita ao Estado de Goiás de Norte a Sul, exceto pelo pequeno trecho a Sudeste, onde faz divisa com o Estado de Minas Gerais.

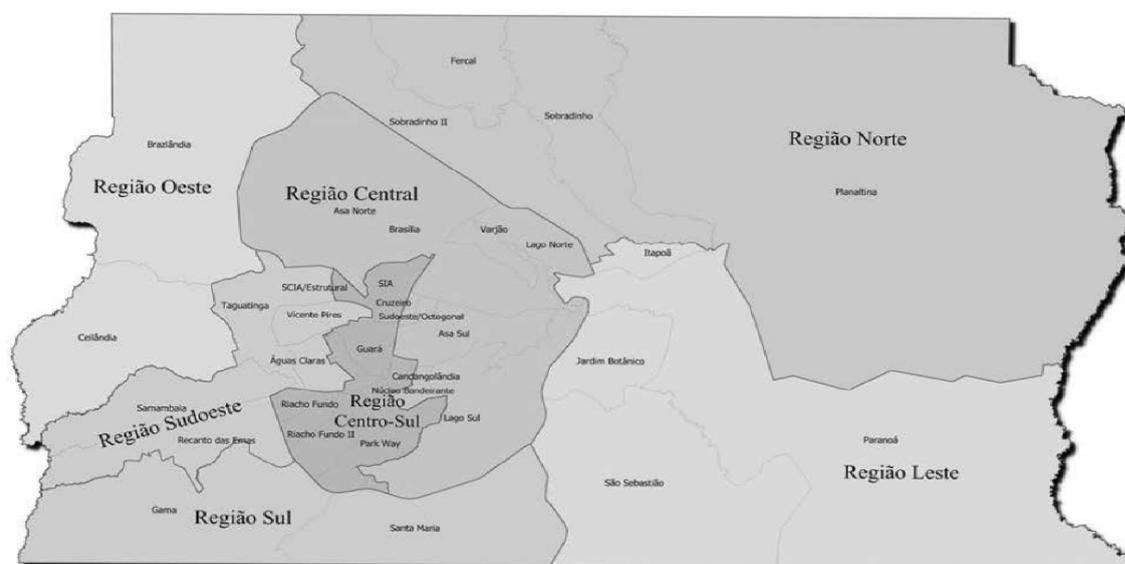


Figura 6. Representação gráfica do Distrito Federal, regiões de saúde e regiões administrativas, DF, 2018.

Fonte: extraído de Guedes²⁰² et al (2019, p. 2127).

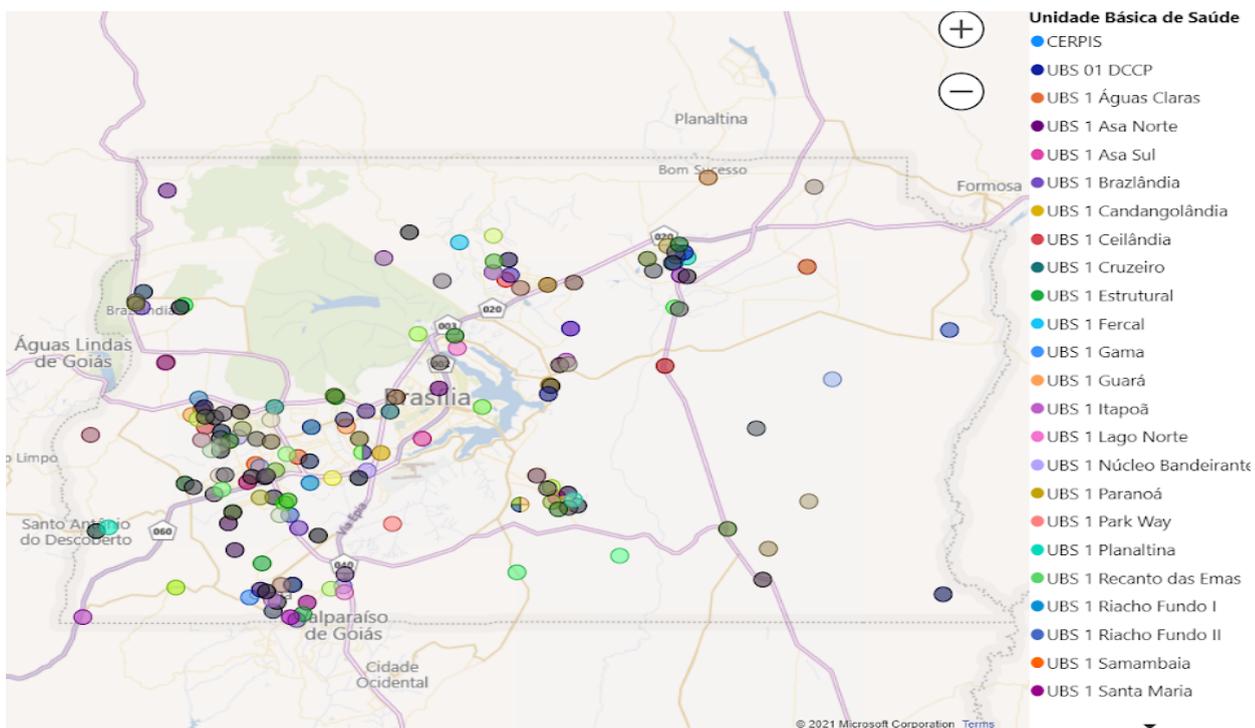


Figura 7. Mapa de distribuição das UBS no Distrito Federal, 2021

Fonte: Disponível em: <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/cidadao-ubs%E2%80%8B/>. Acesso em 10 dez. 2021.

Em projeção populacional da CODEPLAN de 2010-2020²⁰³, estima-se que

“Apesar das diferentes taxas de crescimento populacional, cabe destacar que as cinco Ras mais populosas em 2010 continuarão sendo as mais populosas em 2020: Ceilândia (443.824), Samambaia (244.960), Plano Piloto (230.310), Taguatinga (208.177) e Planaltina (196.086).”

Interessante notar o adensamento populacional concentrado em especial na porção Central e Oeste do DF (Figura 6), com quatro das RA mais populosas nestas localizações, à exceção da RA Planaltina. Uma análise preliminar da distribuição das UBS no território do DF indica que em alguma medida esta distribuição responde a esta composição populacional (Figura 7).

O Projeto Converte APS-DF pode ser compreendido como uma política de reordenamento do modelo de atenção, e como intervenção em saúde é passível de avaliação. Um aspecto que cabe, então, asseverar, é que extrapola o escopo deste estudo a avaliação do impacto deste programa, o que não exime esta pesquisa de apresentar alguns dos achados e discutir aspectos de indicadores selecionados quanto à sua interface frente a recente implementação deste projeto.

5.1.2.1. Indicadores Sociodemográficos de Brasília

Uma primeira avaliação é sobre como a sociedade brasiliense tem se comportado na última década quanto às mudanças no seu perfil demográfico. A tabela 6 descreve as principais características sociais e demográficas do DF entre 2010 e 2020.

Tabela 6. Indicadores demográficos de Brasília-DF: número de habitantes e as principais características da população referentes a sexo, faixa etária e crescimento populacional.

Ano	População	Óbitos	Taxa bruta de mortalidade	Nascidos Vivos	Taxa bruta de Natalidade	Taxa de Fecundidade total
2010	2.639.212	10.849	4,11	39.008	12,80	1,72
2011	2.681.052	11.255	4,20	42.355	14,10	1,68
2012	2.722.198	11.308	4,15	44.155	14,90	1,67
2013	2.863.488	11.401	4,13	44.520	15,20	1,70
2014	2.805.774	12.008	4,28	43.313	15,00	1,70
2015	2.848.633	11.960	4,20	46.099	16,20	1,74
2016	2.890.224	12.042	4,17	44.706	15,90	1,63
2017	2.931.057	12.508	4,27	44.503	16,10	1,68
2018	2.972.209	12.154	4,09	43.511	16,00	1,66
2019	3.012.718	23.812	4,25	43.469	16,20	1,59
2020	3.052.546	16.164	5,30	44.253	16,80	1,47

Fonte: <https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/lei-6219-2018-indicadores-demograficos/>

Para melhor controle das variáveis, ajustou-se os dados conforme a mediana dos triênios, reservando um biênio para os últimos dois anos (Tabela 7). Percebe-se que houve um aumento no número de óbitos no biênio 2019-20, com repercussão no incremento da taxa bruta de mortalidade, além de uma queda na fecundidade.

Quando observado de forma específica, percebe-se que em todas as faixas etárias até 34 anos a taxa de fecundidade diminuiu, com discreta elevação nas mulheres de faixa etária entre 35 e 49 anos, em especial as entre as faixas de 35-39 e 40-45 (nestas duas últimas faixas houve crescimento médio em torno de 20% na taxa de fecundidade quando comparado o triênio 2010-12 ao 2018-20).

Tabela 7. indicadores demográficos de Brasília-DF: número de habitantes e as principais características da população referentes a sexo, faixa etária e crescimento populacional ajustada pela mediana entre os triênios/biênio

Mediana nos Anos	População	Óbitos	Taxa bruta de mortalidade	Nascidos Vivos	Taxa bruta de Natalidade	Taxa de Fecundidade total
2010-12	2.681.052	11.255	4,15	42.355	14,10	1,68
2013-15	2.848.633	11.960	4,17	44.520	15,20	1,70
2016-18	2.931.057	12.154	4,17	44.503	16,00	1,66
2019-20	3.032.632	19.988	4,78	43.861	16,50	1,53

Fonte: <https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/lei-6219-2018-indicadores-demograficos/>

Para a saúde pública é interessante notar a redução de taxa de fecundidade na faixa de 15-19 anos, porém foge ao escopo deste estudo estabelecer se essa redução tem relação com modificações na taxa de cobertura de ESF, ainda que se note maior decréscimo a partir de 2015, coincidindo com os maiores níveis de cobertura AB do DF.

5.1.2.2. Mortalidade específica por causas em Brasília

Desde as primeiras iniciativas de implantação do modelo de ESF na APS-DF, o padrão de mortalidade da cidade (Tabela 8, a seguir) segue aspectos semelhantes aos de países de maior desenvolvimento socioeconômico, ainda que obedeça aos ditames da tripla carga de doenças²⁰⁴: Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (Cap. IX acrescidos do Cap. II, CID-10) aparecem como principal causa de óbito, seguidas de Causas Externas (Cap. XX) e, ainda um reavivamento das doenças infecto-parasitárias (Cap. I, CID-10). A carga das causas externas, ainda que conste dentre as três primeiras causas no DF, tem decaído na última década, em especial nos últimos cinco anos.

Tabela 8. Mortalidade pelos cinco principais grupos de causas (CID-10), Brasília-DF, 1998-2020.

Ano/ Ordem conforme CID-10	Doenças do aparelho circulatório (IX)	Causas externas (XX)	Neoplasias (II)	Doenças do aparelho respiratório (X)	Doenças infec. E parasit. (I)
1998	1º	2º	3º	4º	5º
2010	1º	3º	2º	4º	5º
2016	1º	3º	2º	4º	5º
2018	1º	3º	2º	4º	5º
2020	2º	4º	3º	5º	1º

Fonte: adaptado de Brasil¹⁴⁸ (2005, p. 36), com dados atualizados de 2010-2020 extraídos de: <https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/lei-6219-2018-indicadores-de-mortalidade/> (consulta realizada em 02dez. 2021).

No ano de 2020 nota-se uma clara “virada infecciosa”, tendo em vista o deslocamento das demais causas da última década para a ascensão do Capítulo I como principal causa de óbito em Brasília neste ano (3.933 óbitos, o que equivale à soma do número de óbito por esta causa dos últimos 07 anos, sendo responsável pela carga proporcional de 25,20% dos óbitos de 2020). Tendo em vista que ocorreram 3.904 óbitos por COVID-19 de residentes do DF em 2020²⁰⁵, esse é um forte indicador que pode explicar essa “virada”. (Tabela 8 e Gráfico 5).

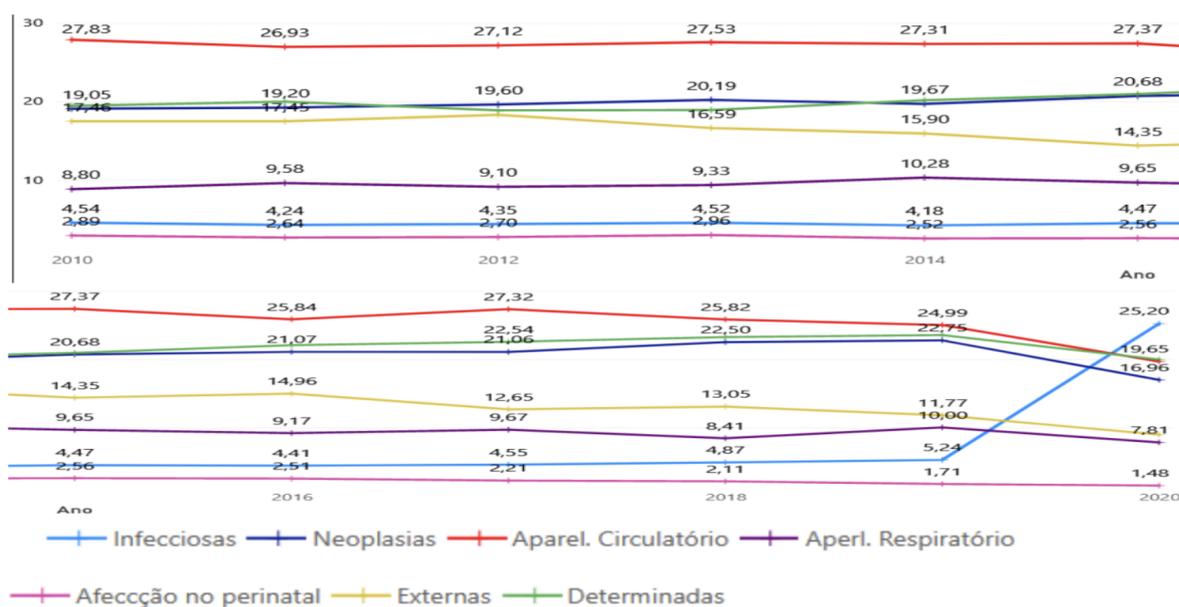


Gráfico 5 Mortalidade - Grupos de Causas por Percentual do Total, Brasília, 2010-2015/2015-2020

Fonte: extraído de <https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/lei-6219-2018-indicadores-de-mortalidade>. Acesso em 02 dez. 2021.

5.1.2.3. Sífilis congênita e a assistência pré-natal no DF

Quanto à sífilis congênita, um clássico indicador de melhor assistência pré-natal²⁰⁶, nota-se na Tabela 9 (a seguir) o crescimento no número de casos. O gráfico 6 traz as linhas de tendência com base na incidência e a média móvel de casos, ambos indicando um aspecto ascendente. Ainda que este possa ser um indicador de qualidade da assistência periparto, com melhor adequação da realização de testes rápidos na mãe na entrada da maternidade, o que significa melhor vigilância e notificação dos casos, é nítido que houve um crescimento do número de casos.

A melhora no sistema de notificação pode ser menos responsável por este incremento que a própria mudança do parâmetro para a notificação de sífilis congênita, ocorrida em 2017³⁶, contudo, é importante analisar o real impacto desta mudança para o aumento da incidência de sífilis na cidade, sem perder de vista a necessidade de intervenção na contínua melhoria da assistência pré-natal de Brasília.

Tabela 9. Incidência de Sífilis congênita em < 1 ano no DF, 2010-2020

Ano	População	Número de Casos*	Incidência
2010	2.639.212	92	2,08
2011	2.681.052	118	2,71
2012	2.722.198	130	2,99
2013	2.863.488	152	3,42
2014	2.805.774	174	3,89
2015	2.848.633	203	4,40
2016	2.890.224	225	5,19
2017	2.931.057	276	6,20
2018	2.972.209	391	8,86
2019	3.012.718	370	8,74
2020	3.052.546	275	7,05

Fonte: [https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/lei-6219-2018-indicadores-de-morbidade/\(*\)](https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/lei-6219-2018-indicadores-de-morbidade/(*)) Por ano de diagnóstico. (**) por 1000 nascidos vivos.

Contextualmente, a gestão do DF tem implantado, em especial após a portaria 77/2017, uma série de indicadores a serem monitorados e avaliados pelas eSF e respectiva

³⁶ Cf. Klein²⁰⁷ (2019): “Em outubro de 2017 o Ministério da Saúde alterou os critérios de definição de caso para notificação de sífilis em gestante e sífilis congênita, com a finalidade de diminuir a subnotificação da sífilis em gestantes e de alinhar as recomendações com a OPAS e OMS em relação às intervenções no recém-nascido de mãe com sífilis (BRASIL, 2017; OPAS, 2017). Tal alteração de critérios pode implicar num impacto do número de notificações (taxa de incidência), no seguimento do recém-nascido e conseqüentemente na situação epidemiológica do agravo.”

gestão local. No Acordo de Gestão Local e Regional^{208,209} (AGL e AGR, respectivamente), um dos indicadores selecionados é o monitoramento de realização de testes rápidos de sífilis e HIV no pré-natal, a cada trimestre. No mesmo caminho, o Programa Previne Brasil⁷¹ selecionou este com um dos seus sete indicadores.

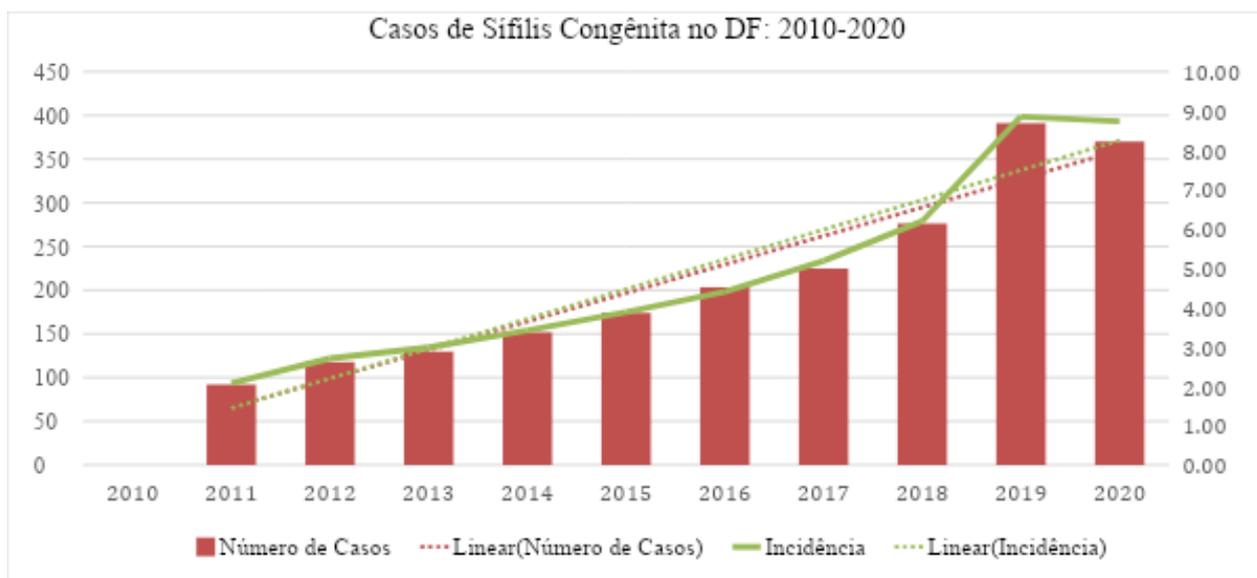


Gráfico 6 Incidência de Casos de sífilis congênita <1ano no DF, 2010-2020.

Fonte: elaborado pelo autor com dados extraídos de <https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/lei-6219-2018-indicadores-de-morbidade>

É interessante perceber que em toda a última década houve um número crescente de casos notificados de sífilis em menores de 01 ano no DF. Contudo, trata-se de apenas um elemento descontextualizado, que, apesar de ser um importante preditor de pré-natal de qualidade, precisa implicar novas pesquisas que identifiquem diversidades entre as regionais (dificuldades de provimento profissional desigual entre as regiões), local da notificação (melhor acesso a exames no nível hospitalar; público x privado). Seria leviano e precipitado assumir que o pré-natal do DF piorou. Resta, contudo, implicar os atores e pesquisadores no sentido de aprofundar a compreensão desse achado.

5.1.2.4. Dengue na capital do Brasil

A análise dos dados de dengue em Brasília-DF indica que no último triênio existiu um aumento na incidência dos casos prováveis, sem que isso tenha sido publicamente classificado como uma epidemia. A dengue é uma doença infecciosa e transmissível por artrópode, de característica sazonal e é endêmica na região. Drummond et al²¹⁰ (2020) indica que entre 2007 e 2017 ocorreram sucessivas epidemias de dengue em Brasília-DF, notadamente nos anos 2010, 2013, 2014, 2015 e 2016, sugerindo uma característica *hiperendêmica*, típica de grandes centros urbanos, além de apresentar 04 sorotipos circulantes no DF. Ver gráfico 07 (abaixo).

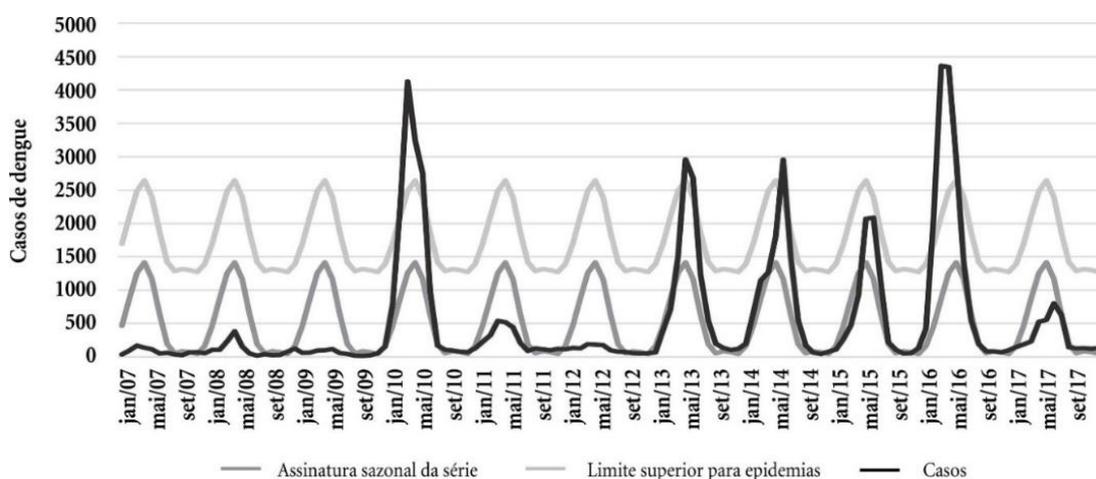


Gráfico 7 Série temporal de casos de dengue no Distrito Federal, Brasil, assinatura sazonal e limite superior para epidemias no período de 1 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2017
Extraído de Drummond²¹⁰ et al (2020).

Quando distribuído espacialmente, os casos de dengue, segundo Drummond²¹⁰ et al, têm um pico de incidência distinto entre as regiões, iniciando precocemente nas Regiões Administrativas (RA) do Plano Piloto, Brazlândia e Taguatinga já no mês de fevereiro e se distribuindo pelas outras regiões mais tardiamente. A Figura 08 (abaixo), extraída deste mesmo artigo, demonstra que as distintas RA apresentaram múltiplas epidemias nos anos estudados.

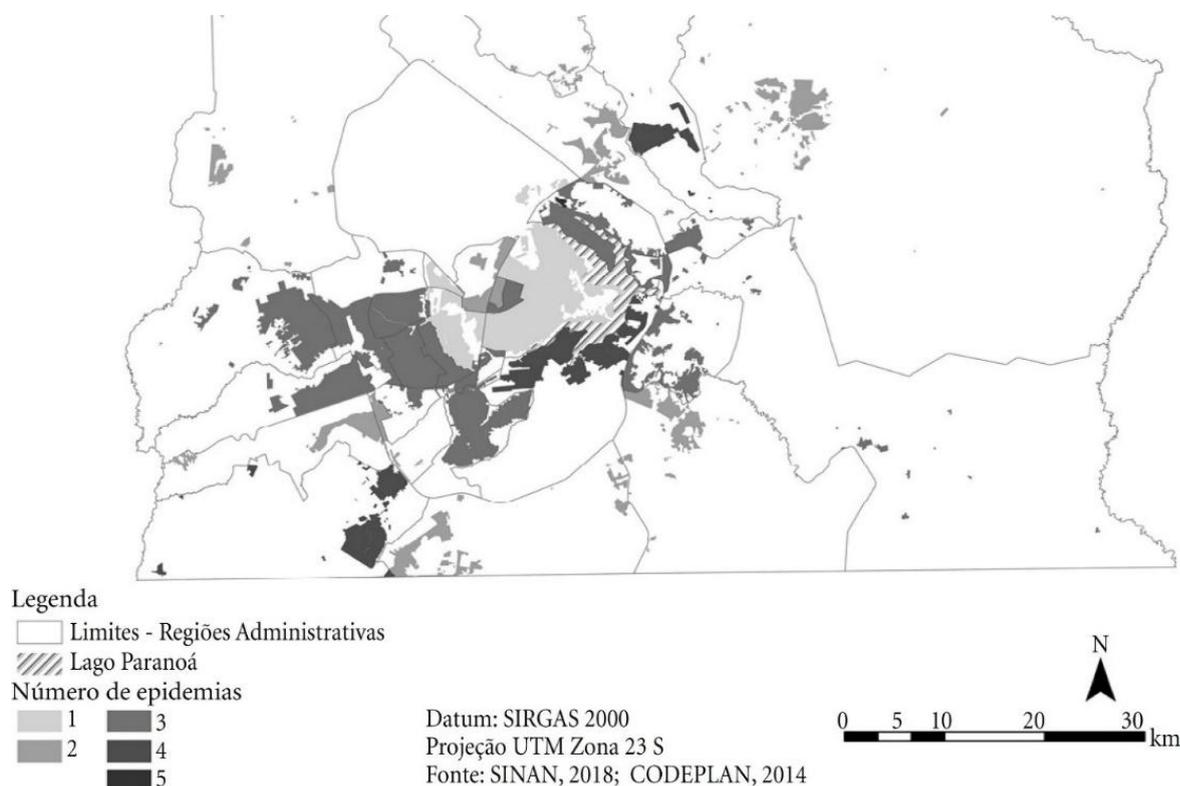


Figura 8. Distribuição espacial do número de epidemias por Região Administrativa do Distrito Federal (2007-2017)

Extraído de Drummond²¹⁰ et al (2020).

As tabelas 10 e 11 já indicam a existência de epidemia em Brasília apenas pela escala cromática, ao se admitir a validade do estudo de Drummond²¹⁰ et al.

Estudos específicos de canal endêmico possam esclarecer melhor a coexistência de epidemia de dengue com a pandemia de COVID-19 em Brasília. A dengue pode ser mais bem enfrentada com ações no território, um robusto trabalho de inteligência gerencial e vigilância epidemiológica atrelada ao fortalecimento da APS, especialmente com o trabalho *in loco* dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos agentes de combate a endemias. No DF, os ACS têm uma representação sindical bastante atuante e um impasse jurídico tem impedido a realização de concurso público específico para essa carreira até o presente momento de fechamento desta tese de doutorado. Com contratos temporários, os ACS têm cumprido uma tarefa de apoio às equipes e servido como parâmetro para homologação de equipes junto ao MS.

Tabela 10. Casos prováveis de dengue em Brasília, com escala cromática, SE 1-40, 2010-2016.

Semana Epidemiológica x Ano	Nº de casos prováveis de Dengue no DF por semanas epidemiológicas de início de sintomas, 2010 a 2021						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1	144	98	87	176	191	97	561
2	261	111	98	142	270	105	618
3	333	141	94	142	281	119	744
4	427	131	85	169	291	174	751
5	543	158	90	218	333	224	1195
6	600	176	96	218	423	181	1586
7	776	169	65	282	391	253	1575
8	1053	181	98	370	377	282	1222
9	1127	195	109	412	379	360	1257
10	997	248	113	422	428	347	1357
11	1095	232	109	477	528	384	1384
12	1036	260	90	550	503	429	1204
13	998	276	119	620	548	441	1102
14	1147	246	94	912	586	681	1008
15	984	274	115	1131	705	794	990
16	851	249	112	1163	771	886	742
17	945	245	87	1093	979	944	626
18	1011	255	89	986	1055	978	581
19	797	242	108	1021	1225	684	509
20	734	182	89	997	1168	665	377
21	630	135	77	936	1119	502	305
22	443	94	79	644	1003	479	281
23	286	85	53	660	839	431	237
24	218	74	67	559	589	360	174
25	156	59	54	436	450	221	103
26	143	36	40	369	348	126	93
27	87	49	46	334	327	79	72
28	96	47	45	277	275	91	67
29	78	62	46	262	201	82	58
30	63	59	37	203	134	48	26
31	65	69	45	183	136	47	38
32	57	59	34	121	87	38	26
33	42	49	39	100	83	41	39
34	52	61	40	111	56	28	28
35	37	71	35	95	41	26	29
36	55	59	37	96	42	21	27
37	64	73	47	111	33	31	31
38	85	87	43	106	35	18	25
39	100	90	42	100	36	44	33
40	77	73	38	83	41	40	26

Fonte: Elaborada pelo autor com dados do Sinan/SVS/MS. Consulta realizada em 13/11/2021.

Tabela 11. Casos prováveis de dengue em Brasília, com escala cromática, SE 1-40, 2017-2021.

Semana Epidemiológica x Ano	Nº de casos prováveis de Dengue no DF por semanas epidemiológicas de início de sintomas, 2010 a 2021				
	2017	2018	2019	2020	2021
1	72	64	183	319	445
2	72	85	168	468	396
3	81	92	199	719	404
4	100	58	290	884	369
5	130	76	466	891	411
6	104	80	555	1201	431
7	127	82	591	1450	589
8	99	69	763	2058	512
9	133	85	822	2377	683
10	174	105	869	2954	520
11	196	128	1153	3055	516
12	236	101	1604	2505	444
13	246	110	1676	2266	556
14	239	140	1770	2553	638
15	208	147	1765	3457	693
16	179	144	1675	3500	823
17	224	127	2221	3235	772
18	244	94	2274	3513	857
19	235	135	2287	3119	881
20	250	100	2914	2643	869
21	313	71	3400	2221	781
22	304	78	3788	1869	831
23	277	61	3210	1472	700
24	236	65	2439	1168	613
25	169	70	1527	936	504
26	148	71	1054	796	445
27	73	41	748	737	338
28	41	48	387	588	258
29	35	43	308	552	269
30	42	32	236	406	221
31	37	33	233	337	248
32	38	24	172	284	201
33	54	38	161	304	149
34	39	36	136	306	137
35	50	41	112	268	180
36	48	53	145	337	160
37	68	43	139	334	170
38	55	41	147	298	160
39	44	41	174	261	186
40	57	44	182	276	148

Fonte: Elaborada pelo autor com dados do Sinan/SVS/MS. Consulta realizada em 13/11/2021.

Pensar em uma APS aos moldes da ESF, questiona-se se é possível prescindir do ACS. A seleção deste indicador pode refletir o desafio a ser enfrentado pelo DF para ações efetivas de vigilância no território, em paralelo a uma política federal que “estimula” o cadastramento como ação primordial da APS para manutenção de financiamento, e ainda os impasses jurídicos que constroem a SES-DF em expandir esta contratação de ACS. Se o aumento da incidência de casos prováveis de dengue pode indicar uma resposta modesta da APS um ano após o CONVERTE-APS, é preciso contextualizar o papel da APS-DF na resposta à COVID-19.

5.1.2.5. Resposta à pandemia de COVID-19 em Brasília

A pandemia de COVID-19 é uma calamidade da maior ordem, e parte dos indicadores podem estar correlacionados com o remanejamento dos profissionais da APS para o atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios e apoio às salas de vacinação.

O estabelecimento de que todos os serviços de APS devem garantir o atendimento a todos que necessitarem e ainda o estabelecimento de que todos os cenários deverão, dentre outras ações, promover a coleta de exames laboratoriais (que impactou na ampliação da detecção de casos pela APS), e fazer a manutenção de salas de vacina em todos os serviços de APS (que garantiu a oferta de imunização contra a COVID-19), é algo demarcado pela portaria 77/2017 o que, de fato, reorganizou os cenários no intuito de uma melhor estruturação dos serviços da atenção básica.

A lei 6133/2018²¹¹ estabeleceu normativamente que a Estratégia Saúde da Família é o modelo ordenador da APS no DF. O impacto deste reordenamento ainda não está claramente medido, porém, Guedes²¹² et al (2021) trazem elementos em seu estudo que podem indicar que a ampliação da cobertura populacional, em especial através de ESF, é uma alternativa que impactará no melhor controle desta pandemia, ainda que, para isso, seja necessário ter uma alta qualificação das equipes, medida pelo estudo como score alto ou muito alto no 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) ou ampliar a cobertura para acima de 75%, o que se demonstrou estar associado a menor disseminação da COVID-19 e menor número de casos. Não se identificou neste

estudo dados referentes a Brasília-DF³⁷, o que limita a interpretação do estudo para o cenário do DF a apenas seguir com a extrapolação analítica proposta pelos autores²¹².

Ao acessar os dados do 3º ciclo do PMAQ-AB, realizado entre 2016 e 2018, é possível checar que das 244 equipes participantes desta etapa. No âmbito de Brasília-DF, apenas 03 atingiriam o extrato indicado no estudo de Guedes²¹² *et al* como de alta qualificação.

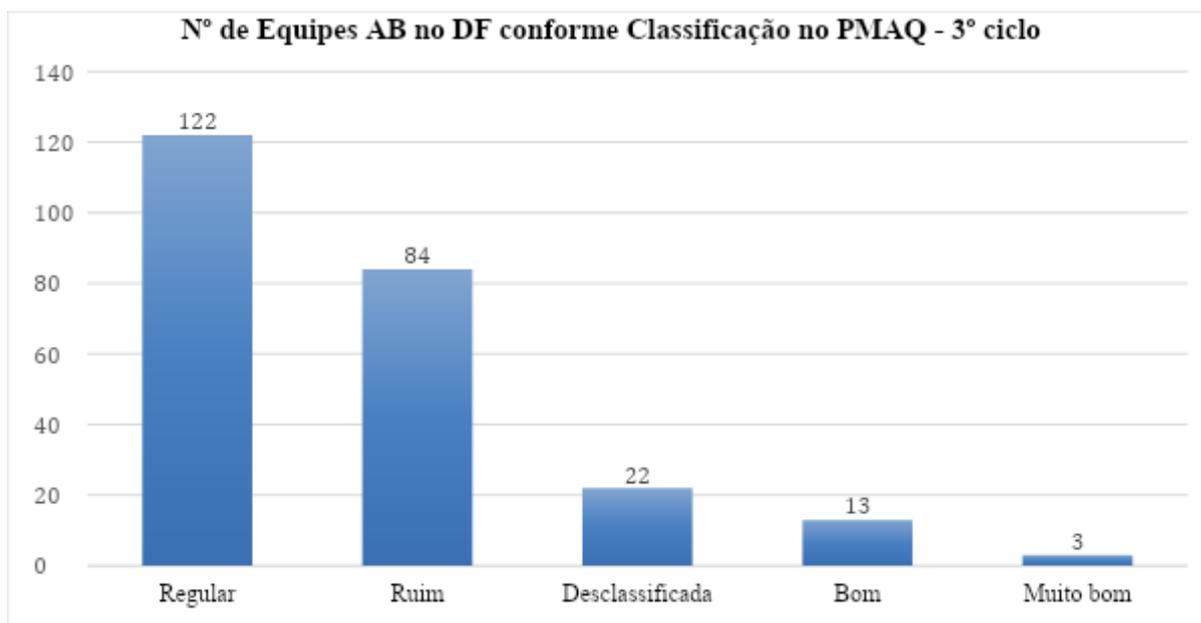


Gráfico 8. ESF conforme classificação no PMAQ-AB 3º ciclo, Brasília-DF

Fonte: Elaborado pelo autor. Dados extraídos de <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>

Neste sentido, se por um lado se observa uma expansão na cobertura ESF após o CONVERTE-APS, ainda que não isoladamente pelo próprio curso de conversão, percebe-se o desafio de enfrentar o aparente dilema: expandir número de equipes com o profissional que estiver disponível X investir em formação/qualificação profissional das equipes ESF. Coloca-se, aqui propositadamente o termo aparente para não se perder da análise o componente estrutural que sobremaneira impacta nos resultados das ações dos profissionais, estes são responsabilizados em demorado como únicos responsáveis pelos resultados gerados.

Se não é possível estabelecer neste momento se a expansão da ESF no DF acompanhou-se de qualificação profissional, o que impactaria positivamente no resultado do

³⁷ Foi realizado contato por e-mail com o autor correspondente do artigo, porém sem resposta até o fechamento da tese.

controle da pandemia de COVID-19, a meta de superação de cobertura para acima de 75% também não foi atingida.

Não se pode também afirmar que a experiência de enfrentamento à COVID-19 no DF seja não-exitosa, ou mesmo que o papel da APS é menor que a profusão de leitos e hospitais de campanha. Pode-se, enfim, apontar indícios de que a APS-DF tenha exercido um papel central neste contexto de pandemia, dada sua pulverização no amplo território do DF, que conta com 16 hospitais públicos e mais de 170 UBS, que permitiu uma ampla campanha de acolhimento a sintomáticos respiratórios, apoio às medidas de isolamento, testagem em massa e vacinação contra a COVID-19. Todos estes elementos associados a todos os outros desafios já apontados pelos demais indicadores aqui selecionados.

Ainda que se reconheça a existência de outros importantes indicadores para analisar o desempenho da APS, como as Internações por Condições Sensíveis à APS, já bem exploradas por outros pesquisadores^{213,214}, aqui se propõe um esboço diagnóstico de Brasília enquanto território em envelhecimento persistente, hiperendêmica para dengue (potencialmente suscetível para outras arboviroses, especialmente a Chikungunya), e com indícios com o avivamento de agravos infecciosos (uma “virada infecciosa”), e ainda por esclarecer como a política de saúde enfrentará o dilema expansão x qualificação assistencial.

CAPÍTULO 5.2. PERÍODOS DA POLÍTICA DE APS-DF: ANTES, DURANTE E DEPOIS DO PROJETO CONVERTE APS-DF

Em sua tese de doutorado, Gottems⁹⁴ retoma a trajetória histórico-política de implantação da Política de APS no DF e a reconstitui na forma de narrativas, ao que chama de episódios. A autora divide seu trabalho em 05 episódios, sintetizados abaixo, no Quadro 6.

Foram sete governadores que tomaram posse entre 2010 e 2020 e as mudanças na política de APS podem ser indiretamente vistas através de decretos e portarias. A maior inflexão do modelo assistencial que ocorreu foi a transformação do modelo ‘tradicional’ para a Estratégia Saúde da Família.

Quadro 6. Episódios da política de APS no Distrito Federal, no período de 1979 a 2009

De 1979 a 1994	De 1995 a 1998	De 1999 a 2002	De 2003 a 2006	De 2007 a 2009
Governadores Indicados: Aimeé Lamaison e Joaquim Domingos Roriz	Cristovam Buarque	Joaquim D. Roriz	Joaquim Roriz e Maria Abadia	José Roberto Arruda
Episódio 1 - Plano Jofran Frejat (PJF) - organização da AB no DF	Episódio 2: REMA e Programa Saúde em Casa	Episódio 3: Programa Saúde da Família	Episódio 4: Programa Família Saudável	Episódio 5: Estratégia Saúde da Família

Extraído de Gottems⁹⁴ (2010, p. 72).

Guedes²⁰² et al compreendem que o passo fundamental para a organização da rede de assistência à saúde do DF foi o CONVERTE-APS. Os autores apontam, ainda, que as modificações produzidas na APS tiveram importante reflexo na reestruturação da rede de atenção ambulatorial especializada de Brasília, reordenando desde a alocação profissional, os papéis na rede e a lógica da gestão da cidade, que cria vários dispositivos para apoiar esta nova conformação. É preciso distinguir qual o papel da APS neste reordenamento, ainda que se tenha destaque o papel relevante da estruturação da rede secundária durante o processo de conversão.

Corrêa¹⁹³ et al em seu artigo sistematizam como se deram os passos tomados pela gestão ao longo desta conversão da APS do DF. (Quadros 7 e 8). O Quadro 7 aponta os avanços conquistados pela gestão durante o CONVERTE-APS. Contudo, este quadro não

explicita as tensões desencadeadas pelas ações da gestão central da SES-DF, e omite a decisão refutada pelo Conselho de Saúde do DF (CSDF) de um modelo gestão indireta para APS.

Quadro 7. Fases e ações do processo de conversão do modelo de APS do DF em ESF.

Fase	Ações
Preparatória	Análise da distribuição dos serviços e das demandas da população por atendimentos de responsabilidade da APS.
	Exame dos modelos de organização dos serviços de APS e alocação de pessoal em cada um deles.
	Análise dos incentivos salariais destinados ao fortalecimento da APS no DF.
Elaboração e Preparação	Discussão no Conselho de Saúde do DF - CSDF sobre a situação na APS do DF, com conseqüente proposição e publicação da Resolução CSDF nº 465 de 04 de outubro de 2016 que dava o direcionamento da APS no DF à ESF.
	Elaboração e apresentação da proposta de conversão da APS em ESF junto a atores políticos estratégicos e alta gestão da SESDF.
Normatização e Divulgação	Elaboração e publicação da Portaria SES-DF nº 77 de 14 de fevereiro de 2017 que estabeleceu a Política de Atenção Primária à Saúde do DF.
	Elaboração e publicação da Portaria SES-DF nº 78 de 14 de fevereiro de 2017 que estabeleceu o regramento para a conversão do modelo tradicional em ESF.
	Realização de reuniões nas 7 Regiões de Saúde para apresentação da mudança, discussão com servidores e gestores locais.
Planejamento Territorializado	Aprovação dos planos de conversão das Regiões de Saúde a partir da adesão dos profissionais e composição das equipes de transição para estratégia de Saúde da Família (eTESF).
Implantação	Capacitação teórica e prática dos profissionais que compunham as eTESF.
	Mudança de especialidade de atuação na SESDF dos profissionais médicos aprovados ao final do processo de capacitação que a solicitaram.
	Nomeações de MFC aprovados em concurso para completar equipes.
	Implementação da especialidade em MFC como pré-requisito para novos concursos.
	Criação da carreira de Enfermeiro de Família e Comunidade - EFC.
	Realização de concurso público para MFC especialista e EFC.
	Reorganização das equipes de Saúde Bucal na APS.
	Regulamentação da estruturação e operacionalização das ações do NASF-AB no DF.

Fonte: extraído de: Corrêa¹⁹³ et al (2019, p. 2034).

Importa destacar que na fase preparatória, conforme proposto na categorização de Corrêa¹⁹³ et al, o modelo de atenção é revisitado, e um diagnóstico da força de trabalho alocada na APS, assim como seu custo, é elaborado. Dessa fase, deriva a construção da tese da baixa custo-efetividade da APS-DF, algo presente tanto no documento de referência²⁶⁰ do

Brasília Saudável, quanto em falas de entrevistados, estas retomadas mais a frente neste capítulo.

Outro aspecto de destaque na fase preparatória é a percepção de uma miscelânea de modelos de atenção coexistentes na atenção básica de Brasília, e a resolução nº 465/2016²¹⁵ do CSDF sintetiza o caminho de reordenamento que passa a ser buscado para a APS-DF: ESF como modelo único, sob gestão direta da SES-DF. Para compreender a decisão do CSDF em refutar a gestão indireta na APS-DF, será preciso retomar os caminhos percorridos em Brasília nos períodos referentes aos “episódios” dois a quatro, tal qual proposto por Gottens⁹⁴, pois desde o Programa Saúde em Casa (SC) até o Programa Família Saudável (FS), todos foram administrados por gestão indireta, com ciclos de expansão, seguidos de ciclos de retração da cobertura, demissão de contratados e um novo ciclo de recontração, mesmo na vigência de governos reeleitos.

Quadro 8. Destaques das Portarias 77 e 78/2017

Portaria nº 77/2017
Delimitação das categorias profissionais e respectivas cargas horárias para composição de equipes na APS.
Acolhimento, em todas as UBS, de todos os usuários com indicação de atendimento imediato, independentemente de pertencerem ao território da UBS.
Encaminhamento responsável à UBS de referência para os pacientes de outros territórios, nas condições com possibilidade de atendimento programado.
Agenda organizada com marcação de horários para atendimento e reserva de 50% das vagas à demanda espontânea.
Horário expandido de funcionamento das UBS maiores com abertura também aos sábados pela manhã.
Vacinação e coleta de exames laboratoriais em todas as UBS.
Portaria nº 78/2017
Adesão dos profissionais aptos e composição de equipes de Transição para a ESF eTESF, com indicação de conversão para eSF ao final do processo.
Movimentação dos profissionais que não fizeram a adesão ou não cumpriam os requisitos para compor as eTESF para unidades de outros níveis de atenção.
Capacitação teórica e prática em ESF aos profissionais de nível superior das eTESF com matriciamento pelos profissionais das próprias equipes e UBS.
Avaliação de aproveitamento com desempenho mínimo obrigatório aos médicos que desejassem realizar mudança de especialidade.
Impedimento de lotação de novos profissionais na APS do DF quando não houver conformidade com a Portaria nº 77/2017.

Fonte: extraído de: Corrêa¹⁹³ et al, 2019, p 2035

Quanto às demais fases descritas por Corrêa¹⁹³ et al, cabe ressaltar que a fase de implantação, esta ocorrida entre fevereiro de 2017 e dezembro de 2018, corresponde à fase

em que o CONVERTE-APS é executado. Das oito ações listadas pelos autores nesta fase, somente as duas primeiras correspondem isoladamente ao CONVERTE-APS.

A portaria SES-DF 77/2017 (Anexo C) finaliza o preâmbulo de sua parte preliminar com a frase: “Considerando a necessidade de redefinir normas e diretrizes visando maior homogeneidade na organização e estruturação da Atenção Primária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal”. Este aspecto normativo de “homogeneização” de modelos na direção da ESF esclarece a agenda política traçada para o reordenamento da APS no DF neste período. O último “destaque” escolhido por Corrêa¹⁹³ et al no quadro 8, em referência à Portaria nº 78/2017, esta que regulamenta o processo de conversão da APS-DF à ESF, expõe ainda a busca por um arranjo jurídico-institucional que impeça retrocessos na implementação do CONVERTE-APS.

Corrêa¹⁹³ et al, além de toda a edição especial do periódico Ciência & Saúde Coletiva de 2019 sobre a Reforma do Sistema de Saúde de Brasília, demarcam acadêmica e politicamente os efeitos da implementação de uma política de saúde assertiva no DF.

Retomar a trajetória da Saúde Pública do DF é reconhecer que a produção de iniciativas locais, (como o Projeto Planaltina), pode tomar corpo na consolidação de um modelo de atenção original, como a ESF. E, iluminar para os desafios que se impõem às metrópoles brasileiras em reordenar seu modelo de atenção para além do modelo biomédico

De forma distinta à Göttems^{94,196}, Nabuco¹⁹² et al (2018) propõe uma linha do tempo da APS-DF, analisando o tripé Gestão-Assistência-Ensino em paralelo à MFC. Um extenso quadro sugerido por estes autores é escolhido e adaptado nesta tese para embasar a cronologia das principais ações de organização da atenção e da gestão da saúde do DF de 1960 a 2018 (Ver quadros 9 a 14, a seguir).

A proposição de episódios para a política de saúde do DF, inspirada nas formulações de Gottëms^{94,196} e Hildebrand¹⁹⁵, é ilustrativa e pedagógica. Neste caminho, propõe-se uma construção narrativa de quatro períodos da política de APS-DF:

- 1º Período: 1960 – 2010
- 2º Período: 2011-2015
- 3º Período: 2016-2018
- 4º Período: 2019-2021

Parte-se de uma síntese contextual das bases estruturais que ordenaram a construção do Sistema de Saúde brasiliense desde sua fundação. A seguir, dá-se enfoque ao Projeto Converte-APS DF, e se propõe um “sobrevoo contextual” do antes, do durante e do após a promulgação e implantação inicial desse projeto.

Quadro 9. Períodos da política de APS no Distrito Federal, antes de 2010 a 2021.

Até 2010	2011-2015	2016-2018	2019-2021
Governadores Indicados: 16 governadores nomeados, até Joaquim Domingos Roriz e transição. Governadores eleitos: Joaquim Domingos Roriz; Cristovam Buarque; Joaquim D. Roriz; Joaquim Roriz e Maria Abadia; José Roberto Arruda	6º governo eleito: Agnelo Queiroz (PT) 7º Governo eleito: Rodrigo Rollemberg (PSB)	7º Governo eleito: Rodrigo Rollemberg (PSB)	8º Governo eleito: Ibaneis Rocha (MDB)
1º período: - Primeiros planos: Plano Bandeira de Melo (PBM) e Plano Jofran Frejat (PJF) - organização da AB no DF; Primeiras Reformas da APS-DF: REMA e Programa Saúde em Casa; Programa Saúde da Família; Programa Família Saudável	2º período: Pré-Converte: convívio entre o “velho” e o “novo” na APS-DF; Gestão direta da APS pela SES-DF; Redes de Atenção à Saúde do DF em pauta; manutenção do modelo tradicional (Centros de Saúde) em convívio com outros modelos assistenciais.	3º período: Programa Brasília Saudável (PBS), tentativa de terceirização da APS é barrada; CONVERTE-APS é desenhado e implementado no DF: fim dos modelos mistos, conversão de modelo à Estratégia Saúde da Família	4º período: O Pós-Converte APS-DF. Qualis-APS e Planifica-SUS são lançados em parcerias com FIOCRUZ/UnB e CONASS, respectivamente; COVID-19 e impactos no DF: papel da APS. Aposta na complementação de bolsas de residência dos programas de residência em MFC dos três programas vigentes no DF: ESCS, FIOCRUZ e UnB.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Gottens⁹⁴

Este item dos resultados da pesquisa aborda intrinsecamente o material documental e bibliográfico levantado no estudo. A seção seguinte tratará do material empírico. Entre as seções estará o sujeito-pesquisador implicado³⁸, tendo em vista ser impossível remover das escolhas narrativas e do universo documental que emerge deste

³⁸ Sobre análise de implicação em pesquisas, no caso com enfoque na intervenção, ver Paulon (2005)²⁸⁵

período algum viés de seleção, risco da implicação²¹⁸ parcialmente contornado com a postura deste pesquisador em manter a rigidez metodológica requerida por Bardin¹⁸⁸ (2016).

5.2.1. Primeiro período - Contexto da APS-DF até 2010: SC, PSF/DF, FS e resquícios dos primeiros planos

O modelo de atenção em saúde de Brasília-DF foi construído sob a égide de uma atenção hospitalar sobrecarregada, associada a uma série de tentativas de desafogar os hospitais com a implantação¹⁹⁵ de atenção médica ambulatorial pulverizada. A lógica que indicava a necessidade de investimentos em serviços ambulatoriais era a partir da pressão crescente sobre os hospitais, em detrimento de maior integralidade assistencial, longitudinalidade ou ampliação de acesso. A Atenção Primária à Saúde era um modelo marginal, incipiente e cíclico – ora em expansão, ora recrudescente.

A primeira expansão da APS-DF se deu ainda no período de instituição da política de saúde de Brasília^{94,195,196}, quando do Plano Bandeira de Mello e do Plano “Jofran Frejat” (Figura 9, abaixo). Estes abriram caminho para a construção de serviços próprios: os Centros de Saúde (CS).

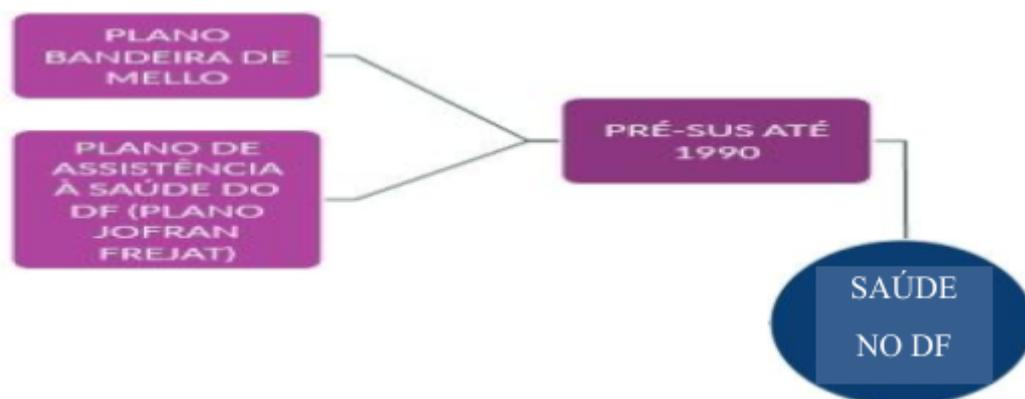


Figura 9. Primórdios da Organização da Política de Saúde no DF, 1960-1990

Fonte: elaborado pelo autor.

Os CS recebiam investimentos e neles os profissionais eram concursados, integrando a carreira em seu componente assistencial, a Fundação Hospitalar do Distrito Federal que era subordinada à Secretaria de Estado de Saúde do DF.

Após os primeiros períodos de expansão, em especial com o Programa Saúde em Casa (SC)¹¹⁷, Brasília passou a conviver com múltiplos modelos de atenção básica: um que se

convencionou chamar de *tradicional*; e um outro modelo de características típicas de **Estratégia Saúde da Família**, já evoluído da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Passou, ainda, a conviver com uma miscelânea menos convencional, com portas especializadas (ambulatório de asma para adolescentes, por exemplo) compartilhadas na mesma estrutura física de um Centro de Saúde. (Figura 13, mais adiante).

A Lei nº 2170, de 29 de dezembro de 1998²¹⁶, estabelece distinção mais clara sobre o que seriam as duas instituições que conviveriam na APS no DF até 2017: os Centros de Saúde (base do modelo tradicional) e os Postos de Saúde (base da ESF). Nesta lei, percebe-se o Centro de Saúde (CS) como assistência mais ampla e de referência para o Posto de Saúde:

Art. 4º - Os Centros de Saúde têm por finalidade:

I - Executar atividade de vigilância à Saúde, de promoção, de prevenção, de assistência e de recuperação da saúde da população em nível de atenção primária;

II - prestar assistência médica, odontológica, social e de enfermagem em primeiros socorros;

III - descentralizar e hierarquizar o atendimento por área demográfica determinada e de acordo com as necessidades de referência aos demais níveis do sistema, incluindo assistência hospitalar e emergencial, bem como servir de referência ao Programa Saúde em Casa - PSC.

Art. 5º - Os Postos de Saúde têm por finalidade:

- Executar atividades de vigilância à Saúde, de promoção, de prevenção e de atendimento em nível primário e de primeiros socorros, por área demográfica determinada;

II - encaminhar aos demais níveis do sistema as referências de necessidades hospitalares e emergenciais.

GDF²¹⁶, 1998, grifo nosso

A estrutura dos Centros de Saúde²¹⁷ apresentava-se complexa e de custo elevado: havia um indicativo de 80 profissionais por CS (sendo 15 médicos, 05 enfermeiros e 18 auxiliares de enfermagem), com previsão de custos mensal – considerando apenas gastos com pessoal (remuneração inicial) - da ordem de R\$ 70.000,00. Esse custo, quando atualizado para valores corrigidos³⁹ de 2021, equivaleria a mais de R\$ 480.000,00 por mês.

³⁹9. Utilizamos dados de correção pelo IGP-M (FGV), calculado através da calculadora do cidadão, disponível em: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0/publico/corrigirPorIndice.do?method=corrigirPorIndice>.

Quadro 10. Linha do tempo da APS/MFC no DF. Primeiro Período: Bases de constituição da RAS-DF (1960-1999)

Datas x Eixos	Especialidade de Medicina de Família e Comunidade	Gestão	Assistência	Ensino
1960-1978	Criação dos primeiros Programas de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária no Brasil (1976)	Criação da SES-DF em 1964	<p>- Construção dos primeiros hospitais no DF: HBDF, HMIB, HRG, HRT, HSVP E HRBZ – seguindo o desenvolvimento da cidade - Plano Piloto x Regiões Sul/Sudoeste da cidade.</p> <p>- (1974-78) Projeto Planaltina treina Auxiliares de Saúde para suporte a ações comunitárias no enfrentamento da desnutrição e doenças infecciosas (embrião dos ACS)</p>	- Abertura do curso de Medicina na UnB (1962) – 76 vagas/ano. (Pública Federal)
1979-1990	Regulamentação dos PRM no Brasil (CNRM) - 1981	Plano de Assistência à Saúde do DF – “Plano Jofran Frejat”	Expansão da rede hospitalar e criação dos primeiros 40 Centros de Saúde.	
1991-1999	<p>- 1991: Criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)</p> <p>- 1994: 03 anos de PACS, queda na Mortalidade Infantil: Criação do Programa de Saúde da Família (PSF)</p> <p>- NOB-SUS/96: bases para um novo modelo de atenção, e um Piso de Atenção Básica (PAB).</p>	<p>- Criação do Programa Saúde em Casa (SC) no DF (1995-99)</p> <p>- Criação do Programa Saúde da Família no DF (PSF/DF) (1999)</p>	<p>- SC, através do Instituto Candango de Solidariedade (ICS), implementa equipes de Saúde da Família (EqSF) no DF, chegando a 100% de cobertura em algumas RA (Santa Maria, por exemplo)</p> <p>- SC substituído pelo PSF/DF, ainda sob gestão do ICS, porém com demissão de todos os trabalhadores vinculados ao SC e dificuldades de implantação da ESF.</p>	

Adaptado de Nabuco¹⁹² et al, 2018, p. 2223

Estima-se uma média salarial de quase seis salários-mínimos com valores de 2021⁴⁰(à época superava seis salários-mínimos). Considerando que apenas 30% do pessoal é constituído por profissionais de nível superior, trata-se de uma média salarial alta: basta observar que a média salarial dos enfermeiros no Brasil em 2020 não alcançava R\$ 5.000,00 (Figura 10).

Essas gratificações, quando somadas, entregam aos servidores concursados que atuam na APS-DF um total adicional de 30% do salário base. Se considerar que o salário inicial dos médicos supera os R\$ 10.000,00 – temos, portanto, um acréscimo da ordem de mais de R\$ 3.000,00 nos rendimentos dos servidores médicos que atuam na APS. Esse elemento é importante para compreender o processo vivenciado entre 2017 e 2018 e a alegação de perdas salariais decorrentes do processo de conversão do modelo para a ESF. Esta perda financeira, no caso, devia-se à mudança de lotação do servidor para outro nível de atenção, implicando, conseqüentemente, em perda dessas gratificações típicas da APS-DF.

Ao longo das reformas do SUS-DF, a disparidade entre os dois serviços da APS vai se desenhando: nos Centros de Saúde, os servidores eram concursados, bem remunerados, em estrutura própria e complexa, e desenvolviam atividades assistenciais múltiplas; enquanto o básico era desempenhado pelos Postos de Saúde. Esse entendimento é reforçado pelos depoimentos dos entrevistados, o que será em tópico seguinte deste estudo.

Ainda que com salários elevados, os CS apresentavam dificuldades de fixar médicos nos cenários que se afastavam da região central de Brasília, sendo criado em 2001²¹⁸ (e modificado em 2002²¹⁹) o artifício de incentivar a ocupação das vagas existentes nos CS com médicos clínicos, ginecologistas/obstetras e pediatras através de nomeação em cargos comissionados nos próprios CS²²⁰. Essa prática foi questionada pelo TJDF (Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios) ainda em 2002, sendo a decisão final e contrária divulgada apenas em 2009²²¹.

⁴⁰21. Valor do salário-mínimo em 2021: R\$ 1100,00, conforme <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>

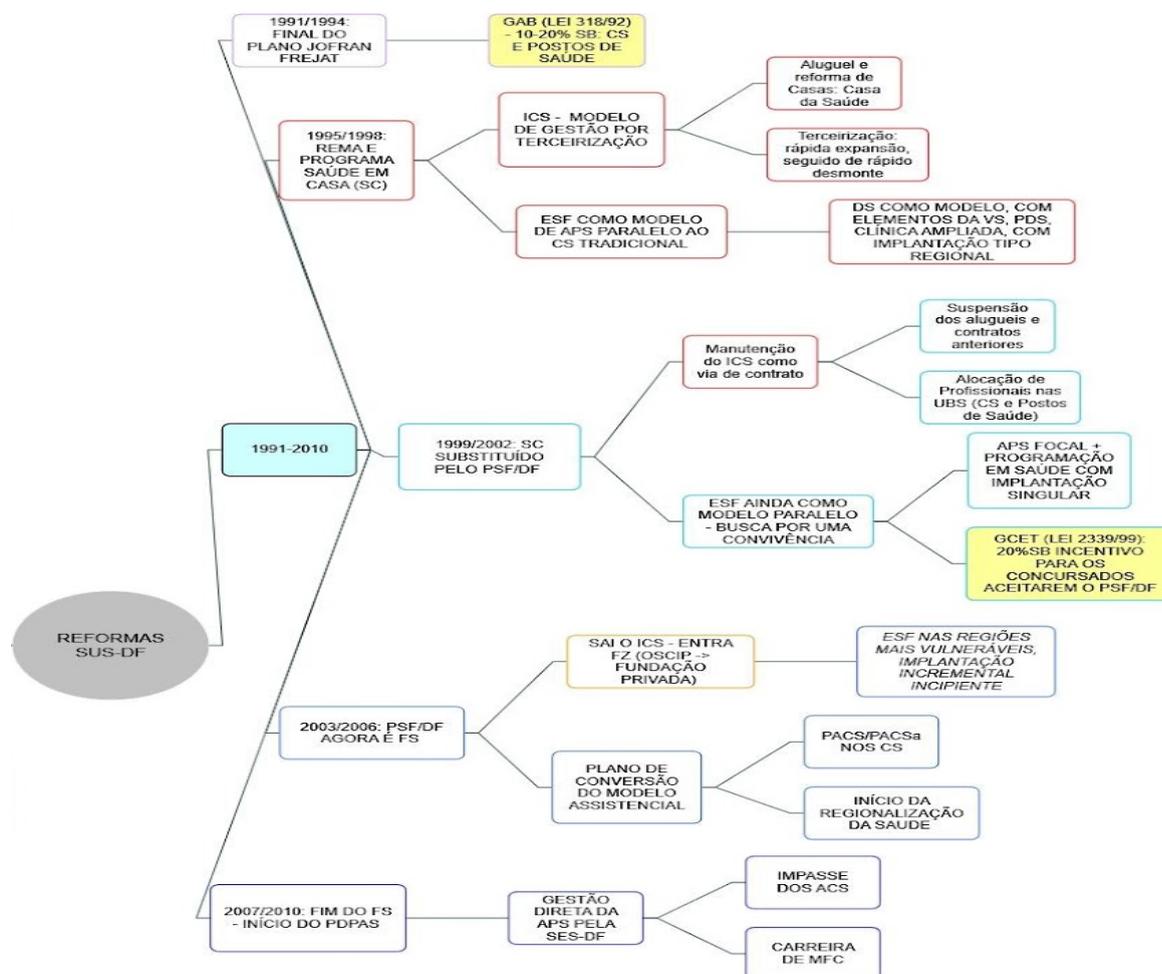


Figura 10. Reordenamento e Reformas do Modelo tecno-assistencial do SUS-DF, 1991-2010⁴¹

Fonte: Elaborado pelo autor, com dados de Hildebrand¹⁹⁵ (2008) e Göttems et al¹⁹⁶ (2019) e outros²²²⁻²²⁴.

O modelo de gestão transitou do fundacional público para o de gestão direta, com criação de carreiras públicas para cada categoria profissional, associado com iniciativas de gestão indireta/terceirização. A terceirização por intermédio do Instituto Candango de Solidariedade e da Fundação Zerbini⁴² foi alvo de duras críticas frente aos sucessivos

⁴¹ Legenda.; ACS: Agente Comunitário de Saúde; APS: Atenção Primária à Saúde; CS: Centro de Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; FS: Programa Família Saudável; FZ: Fundação Zerbini; GAB: Gratificação de incentivo às ações básicas de saúde; GCET: Gratificação por Condições Especiais de Trabalho; ICS: Instituto Candango de Solidariedade; MFC: Médico de Família e Comunidade e Comunidade; OSCIP: Organização da Sociedade Civil de Interesse Público; PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PACSa: PACS ampliado (incorpora no PACS médico e auxiliar de enfermagem, sem constituir ESF); PDPAS: Programa de Descentralização Progressiva da Saúde; PDS: Modelo de Promoção da Saúde; PSF/DF: Programa Saúde da Família do DF; REMA: Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde de Brasília; SES-DF: Secretaria de Estado de Saúde do DF; SB: Salário Base; SC: Programa Saúde em Casa; UBS: Unidade Básica de Saúde; VS: modelo de Vigilância à Saúde.

⁴²10. A Fundação Zerbini (FZ), em 2003, era constituída como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), porém, em 2005 assume o caráter de fundação privada, que leva a

escândalos⁴³ de corrupção²²⁵. Estes escândalos, associados a mudanças de governo, foram os principais responsáveis pelo fenômeno cíclico de implantação da APS na capital do país.

Hildebrand¹⁹⁵ (2008) fez a análise dialética estrutural dos três programas brasileiros com enfoque na APS que sucederam a fase de implantação inicial da rede assistencial do DF. Sua tese se ancora em três categorias operacionais (gestão política; organização dos serviços; e práticas de saúde) e percorre as seguintes propostas: o Programa Saúde em Casa - SC, de 1997 a 1998; o Programa Saúde da Família²²⁶ – PSF/DF, de 1999 a 2003; e o Programa Família Saudável – FS, de 2004 a 2006. Seus achados apontam para avanços incipientes na mudança do modelo de atenção frente ao que ele chama de modelo hegemônico, e ainda discorre sobre elementos coincidentes que levaram a esta parca implementação da APS no DF:

- Inserção paralela do programa à rede da SES-DF, com coexistência de dois modelos de atenção básica, atrelado a um modelo de implantação misto na atenção básica;
- Parceria com o terceiro setor para a gestão de recursos humanos, associado a uma estrutura centralizadora da SES-DF;
- Deficiência nos atributos/princípios da APS/SUS nos programas: porta de entrada; integralidade; equidade; e universalidade.

mudança na forma de relação jurídica com a SES-DF, e ainda motivou divergências junto ao judiciário do DF. Para mais, ver Hildebrand (2008).

^{4311.} O Convênio nº 01/2005-SES/DF²⁸² fundamentou a parceria da FZ com a SES-DF, com valor inicial aprovado de R\$ 28.424.347,98²⁸³. Em 2020, o Tribunal de Contas do DF julgou as contas irregulares e determinou o ressarcimento de R\$ 2.673.126,65 com valores ajustados para 2020, algo próximo a 10% do montante conveniado.

Quadro 11. Linha do tempo da APS/MFC no DF. Primeiro Período: Bases de constituição da APS no DF (anos 2000-2010)

Datas x Eixos	Especialidade de Medicina de Família e Comunidade	Gestão	Assistência	Ensino
Anos 2000	<p>-(2001) Mudança de nomenclatura de Medicina Geral e Comunitária (MGC) para Medicina de Família e Comunidade e Comunidade (MFC)</p> <p>- Criação da Associação Brasileira de MFC, na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família (08/08/2008);</p> <p>- Parceria MS e BIRD: PROESF para expandir a ESF em grandes centros (2002-2009);</p> <p>- Elevação do PSF à Estratégia (ESF)</p>	<p>- Programa Família Saudável (FS) encerra o PSF/DF e parceria com ICS em 2004, sendo gerida pela Fundação Zerbini (FZ)</p>	<p>- PSF/DF tem resultados modestos na expansão da APS-DF, e sob pressão jurídica é substituído pelo FS, logo no início do segundo mandato do governo reeleito, com novo ciclo de demissões e contratação agora pela FZ;</p> <p>- FS enfrenta dificuldades de contratação e captação de recursos pelo MS, diante de mudanças na modalidade de gestão da FZ, o que gera resultados na expansão ainda mais modestos e questionamentos judiciais, fechando em 2006 o FS, substituído pela administração direta da SES-DF desde então.</p>	<p>- (2000) Criação do primeiro PRMMFC, SAMED – HRS: Dra. Ruth Helena Aben Athar, 1ª egressa e 1ª docente MFC na ESCS)</p> <p>- Abertura do curso de Medicina na UCB (2001) – 60 vagas/ano (Privada); na ESCS (2002) – 80 vagas/ano (Pública Estadual); e na UNICEPLAC (2002) – 120 vagas/ano (Privada)</p> <p>- Políticas de incentivo de APS na graduação e residência: Pró-Saúde (2005) e Pró-Residência (2009)</p>
2010		<p>Inserção dos primeiros MFC em cargos de maior relevância na gestão SES-DF. Criação da SAPS.</p>		<p>Início da discussão sobre ampliação de vagas do PRMMFC e criação de COREME central.</p> <p>1º concurso para professor da FM-UnB em APS</p>

Adaptado de Nabuco¹⁹² et al, 2018, p. 2223

Shimizu & Carvalho Junior⁵⁰ (2012) utilizam abordagem ergológica para identificar as impressões dos profissionais de saúde da APS-DF sobre o desenvolvimento de seu processo de trabalho. Por amostra aleatória simples e representativa dos pouco mais de

mil trabalhadores que estavam vinculados em 2010 à ESF no DF, o estudo sinaliza que as equipes sofriam com um modo de gestão taylorizado, alienador e de comunicação frágil entre os níveis hierárquicos, associados à insuficiência de recursos estruturais. Contudo, em meio a este cenário de grandes desafios, ressaltava-se um vislumbre de gozo/realização com o trabalho a partir de um paradigma *renormatizador* das práticas, com elementos de solidariedade, democracia institucional e da resultante da “confrontação das normas preexistentes e a realidade objetiva e subjetiva” (50, p.12).

A percepção dos Agentes Comunitários de Saúde de um dos serviços de APS do DF reforça o entendimento de que a implantação cíclica da ESF e paralela ao modelo tradicional, e este usufruindo de uma estrutura mais adequada, são pontos críticos percebidos para a dificuldade de estabelecer legitimidade da ESF junto à população, conforme explicita Hildebrand & Shimizu²²⁷:

Esta descontinuidade está pautada na mudança de governo e na rotatividade dos agentes não só da equipe de saúde da família, como da supervisão e coordenação central do programa. A descontinuidade política é identificada após os pleitos eleitorais quando há extinção da proposta vigente e nascimento de nova proposta, o que é um equívoco político pela natureza irreversível da consolidação da estratégia nacional, porém, desestabiliza o processo de trabalho e as relações entre famílias-equipe PSF. Houve um apelo à fixação do PSF como um CS para garantir qualidade, vínculo, crédito da população e permanência do programa o que fortalece o sentimento de pertencimento do ACS e seu desejo de vivenciar a estratégia para a consolidação do SUS e refutá-la enquanto um programa paralelo. (2008, p 323, grifos nossos).

Compreender que Brasília, além de circunscrita no contexto de disputa política assemelhada à vivenciada pela esfera Federal da década de 1990 e 2000, assim como esta cidade/estado é gerida por iniciativas correspondentes aos anseios desta agenda global, é parte essencial para a compreensão das medidas que viriam a se consolidar na década de 2010 no DF. Ressalva-se que a resultante da política, com sua normatização, omite as singularidades e brechas empreendidas pelos atores responsáveis pelo desenho e pela implementação das políticas de saúde, como bem ilustra a tese de Hildebrand¹⁹⁵ (2008).

Em 2008²²⁸, um estudo foi realizado pela gestão central e regional da saúde de Brasília que produziu um diagnóstico da situação de implantação da APS no DF, e seus principais desafios. Esse estudo culmina na publicação da Portaria nº 29²²⁸, de 26 de fevereiro de 2010, que estabelece um segundo ensaio de reorganização da APS no caminho de

conversão de modelo de atenção. Sua vigência segue até a publicação da Portaria 77/2017²²⁹, que ditava as bases para a reforma da APS no DF, promulgada em conjunto com a Portaria 78/2017²³⁰ marco inicial do Projeto Converte-APS DF.

A Portaria 29/2010²²⁸ estabelece o termo genérico de Unidade Básica de Saúde para todas as tipologias de serviço de APS (Centro de Saúde, Postos de Saúde Urbanos, Rurais) e define 15 diretrizes/normas:

1. Dos horários de funcionamento;
2. Do Mapa epidemiológico;
3. Da Marcação de consultas;
4. Do acolhimento e “Posso Ajudar”;
5. Fornecimento e controle de medicamentos, medicamentos de urgência e insumos;
6. Dos transportes;
7. Das Capacitações e Educação Permanente;
8. Do Laboratório – Exames, Funcionamento, Horários e Postos de Coleta, Teste do Pezinho;
9. Do Atendimento a Pequenas Urgências na Atenção Básica;
10. Das Reuniões com os profissionais para Planejamento, Monitoramento e Avaliação das ações dos serviços de Atenção Primária à Saúde;
11. Da Atenção Domiciliar;
12. Da Demanda Reprimida para Consultas de Especialidades;
13. Da Integração entre profissionais de EACS, ESF e Centros de Saúde;
14. Da Integração das Ações de Vigilância na Atenção Primária à Saúde;
15. Da Integração de Programas.

Percebe-se uma proposição de padronização de serviços com foco na ampliação de acesso, além de incorporar na norma alguns dos princípios da APS.

O princípio de **primeiro contato** é aclarado nos seguintes trechos:

- 1.III – As Unidades Básicas de Saúde – UBS não deverão fechar em nenhum momento do período definido, nem mesmo para horário de almoço, garantindo minimamente a recepção e acolhimento dos usuários que procurarem o serviço.
- 3.I - O sistema de marcação de consultas deverá buscar a otimização dos serviços, mas o foco principal deve ser o usuário, melhorando a acessibilidade deste aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), respeitando-o, buscando seu conforto e comodidade e garantindo os princípios da Humanização.
- 3.II - A marcação deverá estar disponível diariamente, com a agenda aberta durante todo o período de funcionamento da unidade. A escala diária de profissionais para esse atendimento deverá ser mantida.

3.III – A prioridade para consulta, ordem de atendimento e/ou a realização de encaixes será determinada no acolhimento com base na escuta qualificada dos usuários.

3.IV – Os profissionais médicos deverão acolher as demandas provenientes da escuta qualificada, que surgirem em seu horário de trabalho, independente da quantidade de atendimentos já realizada no turno de trabalho.

4.V – Após a primeira abordagem do usuário que chega a Unidade Básica de Saúde, se necessário, deverá seguir um momento de escuta e orientação em sala específica – Sala de Acolhimento – que garantirá o sigilo das informações.

9.I – O atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas e o primeiro atendimento às demais urgências clínico-cirúrgicas fazem parte das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde e devem ser ofertados nas Unidades Básicas de Saúde, sem distinção, conforme as condições locais existentes.

Já o princípio de **integralidade** pode ser visto nos seguintes trechos:

1.IV – O horário de funcionamento de uma dada Unidade Básica de Saúde poderá ser modificado de acordo com as necessidades da população e disponibilidade de recursos, mediante solicitação por escrito do Diretor da Regional à Diretoria de Atenção Primária à Saúde/SAS/SES e devida autorização.

5.I – Toda Unidade Básica de Saúde (UBS) disporá de farmácia para distribuição de medicamentos aos usuários. A Farmácia ficará sob responsabilidade do profissional farmacêutico da Regional e contará com servidores para atividades internas de acordo com a necessidade do serviço.

5.VIII – Pacientes com dificuldade de locomoção ou acamados receberão os medicamentos/insumos em seus domicílios. Haverá apoio do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) nas regionais onde ele estiver implantado.

9.II – As Unidades Básicas de Saúde (Centros e Postos de Saúde) devem se estruturar e adequar seus processos de trabalho de forma a acolher e identificar prontamente os usuários em situações de urgência e emergência, prestar atendimento oportuno, resolver os casos cuja complexidade seja compatível com esse nível de assistência e coordenar o acesso a outros níveis de atenção quando necessário.

Enquanto o princípio da **longitudinalidade**, este é percebido nesses tópicos:

3.V – A marcação de consultas programáticas e retornos deverão ser garantidos, com previsão de espaço na agenda. O acesso desses pacientes ao tratamento não deverá depender de sua persistência para marcar consultas.

3.VI – As consultas que forem agendadas antecipadamente (retornos e consultas programáticas), não deverão ser agendadas todas para o início de cada turno. As marcações deverão ser realizadas com intervalos de uma hora, evitando longos períodos de espera desnecessariamente e o desgaste do relacionamento entre usuários e equipe de saúde.

3.VII- Deverá ser mantida uma proporção adequada entre primeiras consultas e retornos em cada turno de atendimento no momento da marcação.

Alguns elementos relacionados à política de Humanização²³¹ também estão presentes nesta normativa, como a indicação dos dispositivos reunião de equipe, apoio matricial, acolhimento e educação permanente. Por outro lado, ainda se registra que apenas nos CS havia indicativo de coleta laboratorial, e neste serviço poderiam conviver em “integração” as EACS (Equipes de Agentes Comunitários de Saúde), equipes de Saúde da Família e demais especialidades que compunham a APS dos Centros de Saúde.

13.I - As EACS, são parte da equipe de APS dos Centros de Saúde e suas atividades, sejam assistenciais, educativas, ou de planejamento, devem estar integradas às ações dos Centros de Saúde.

Outro aspecto interessante é a persistência de modelo de atenção programático^{43,232}, como indicado no item 15:

15 - Da Integração de Programas:

I – Os programas⁴⁴ – PAISC, PAISM, PAISA, PRAIA e PAISI, devem atuar de maneira integrada nos serviços de Atenção Primária à Saúde, tanto no que diz respeito às ações educativas quanto assistenciais.

II – As GAPESF/NAPESF devem promover reuniões com os Coordenadores de Programas, Chefias de Centros de Saúde, e outros setores de sua Regional que possuam interface com a APS incluindo, sempre que possível, representantes da Diretoria Regional de Saúde, visando a integração das ações desses programas/setores.

III – Todas as áreas programáticas devem estar atentas para busca da resolubilidade dos problemas da população assistida.

O elemento mais destacado é o acolhimento/primeiro acesso, que se articula em torno da proposição de uma Porta de Entrada com escuta qualificada agregada ao “Posso Ajudar”. No diário oficial constam as seguintes figuras, que explicitam a proposta na forma de distintos Fluxogramas do Acolhimento (Figuras 11 e 12).

⁴⁴12. PAISC - *Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança*; PAISM - *Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher*; PAISA - *Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto*; PRAIA - *Programa de Atenção Integral ao Adolescente*; PAISI - *Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso*.

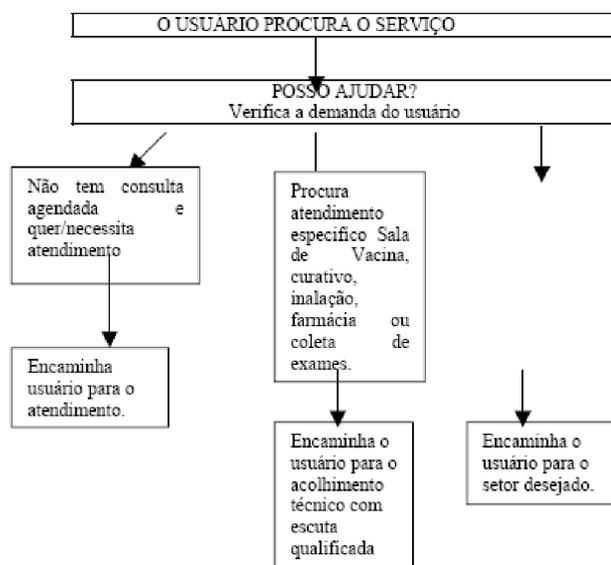


Figura 11. Porta de Entrada – “Posso Ajudar”

Fonte: DODF Nº 45, 08 mar. 2010, p. 15.

Ainda que a portaria 29/2010 não aponte uma expressa crítica ao modelo isolado do “Posso Ajudar”, percebe-se uma maior elaboração no fluxograma de Primeira Escuta Qualificada (Figura 12), com atenção para o vínculo com a pessoa que busca cuidado. A Portaria esclarece ainda sobre fluxos distintos para casos agudos e não-agudos. Os casos não-agudos, após escuta inicial, são questionados sobre local de residência e, sequencialmente, são inseridos no serviço em alguma de suas ofertas assistências, ou, no caso de o usuário morar fora da área de abrangência, são encaminhados para seguimento em outro serviço.

A tentativa de incorporar dispositivos de humanização²³³ nos serviços de APS-DF, como a implantação de espaços de escuta qualificada - tal qual pode ser visto na Figura 12 - não é algo que começa pela Portaria 29/2010. A Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) foi promulgada em 2003²³³⁻²³⁵ e traz cinco dispositivos⁴⁵ para serem implementados nos na APS²³¹. O acolhimento é um deles. Mesmo durante o FS (implementado entre 2004-2006), já existia a tentativa frustrada de implementar “salas de acolhimento” nos

⁴⁵ 13. A PNH (2013) traz três princípios (Transversalidade; Indissociabilidade entre atenção e gestão; e Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos) além de estabelecer cinco princípios/diretrizes para sua implementação na APS: (1) Acolhimento; (2) Clínica Ampliada; (3) Cogestão; (4) Produção de Redes; (5) a Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde. Ver mais em <https://redehumanizaus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>²³⁵ e outras fontes^{23,231,288}.

Centros de Saúde de Brasília, o que sofreu resistências e não se perpetuou após o encerramento do Programa¹⁹⁵.

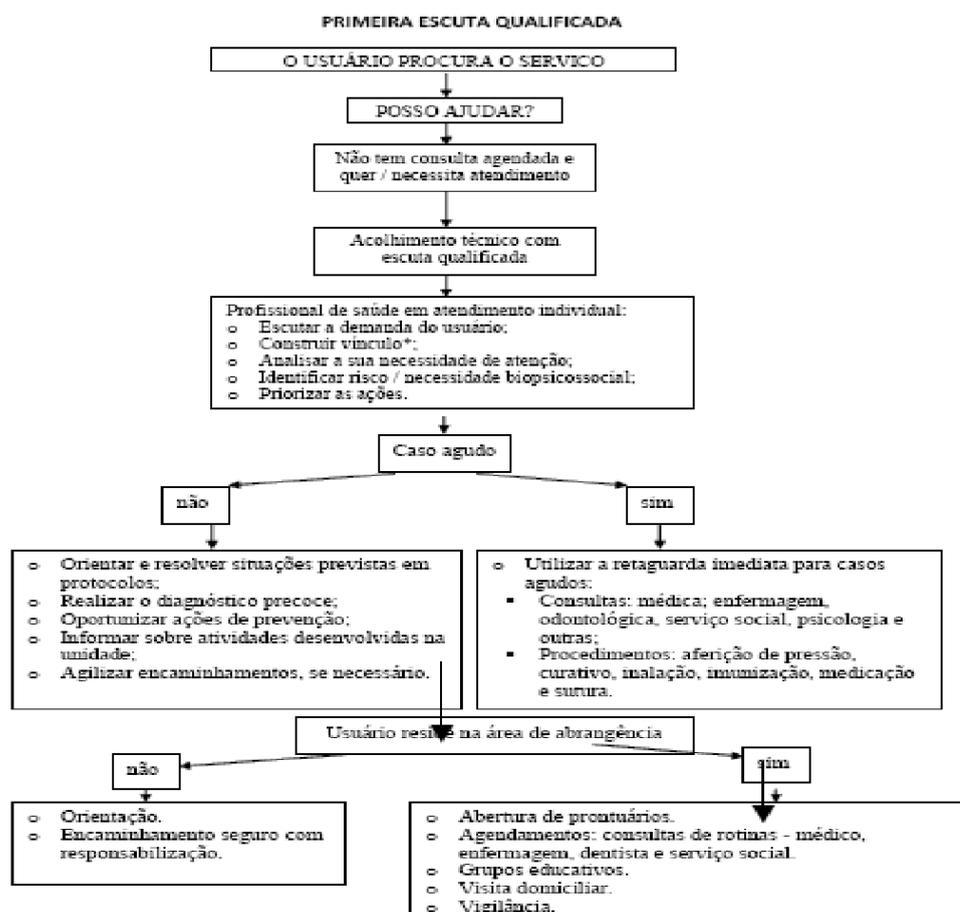


Figura 12. Fluxograma da Escuta Qualificada

Fonte: DODF Nº 45, 08/03/2010, p. 15.

O final do Governo Arruda (2007-2010) culmina com uma crise institucional após denúncias de corrupção²³⁶⁻²³⁸ e prisão preventiva decretada do Governador, que acaba perdendo o mandato por infidelidade partidária. Até que Rogério Rosso assuma o governo distrital interinamente, e ser sucedido pelo eleito governador Agnello Queiroz, o vice-governador, Paulo Octavio, assumiu o governo distrital por 12 dias, mas renunciou logo em seguida, sendo sucedido pelo Presidente da Câmara Legislativa do DF, Deputado distrital Wilson Lima²³⁹, que ficou no cargo até abril de 2009, quando o Deputado Distrital Rogério Rosso, eleito indiretamente para o mandato tampão até o novo governo eleito por voto direto, assumisse.

Nesse contexto de transição de gestão, o organograma da SES-DF é modificado, tanto para a criação de um cargo de gestão próximo ao alto comando (SAPS – Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde) quanto para a elevação do cargo de gestão regional da atenção

primária para o nível de diretor - mesmo nível dos dirigentes dos hospitais regionais - estes submetidos hierarquicamente aos superintendentes regionais de saúde, o maior nível de gestão em saúde nas regiões (equivalente aos secretários municipais de saúde, se o DF fosse composto por municípios e não Regiões Administrativas)¹⁹². No âmbito nacional, é lançada a Portaria nº 4.279²⁴⁰, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, que influencia no rearranjo da gestão regionalizada do DF, a partir de 2011.

Com a eleição do médico e político Agnelo Queiroz (PT) para governador do DF²⁴¹ e a eleição da ministra Dilma Rousseff (PT) para presidência do Brasil, um novo ciclo político para Brasília se apresenta. A Figura 13 (abaixo) sintetiza as principais reformas promovidas na saúde do DF entre 2011 e o período atual.

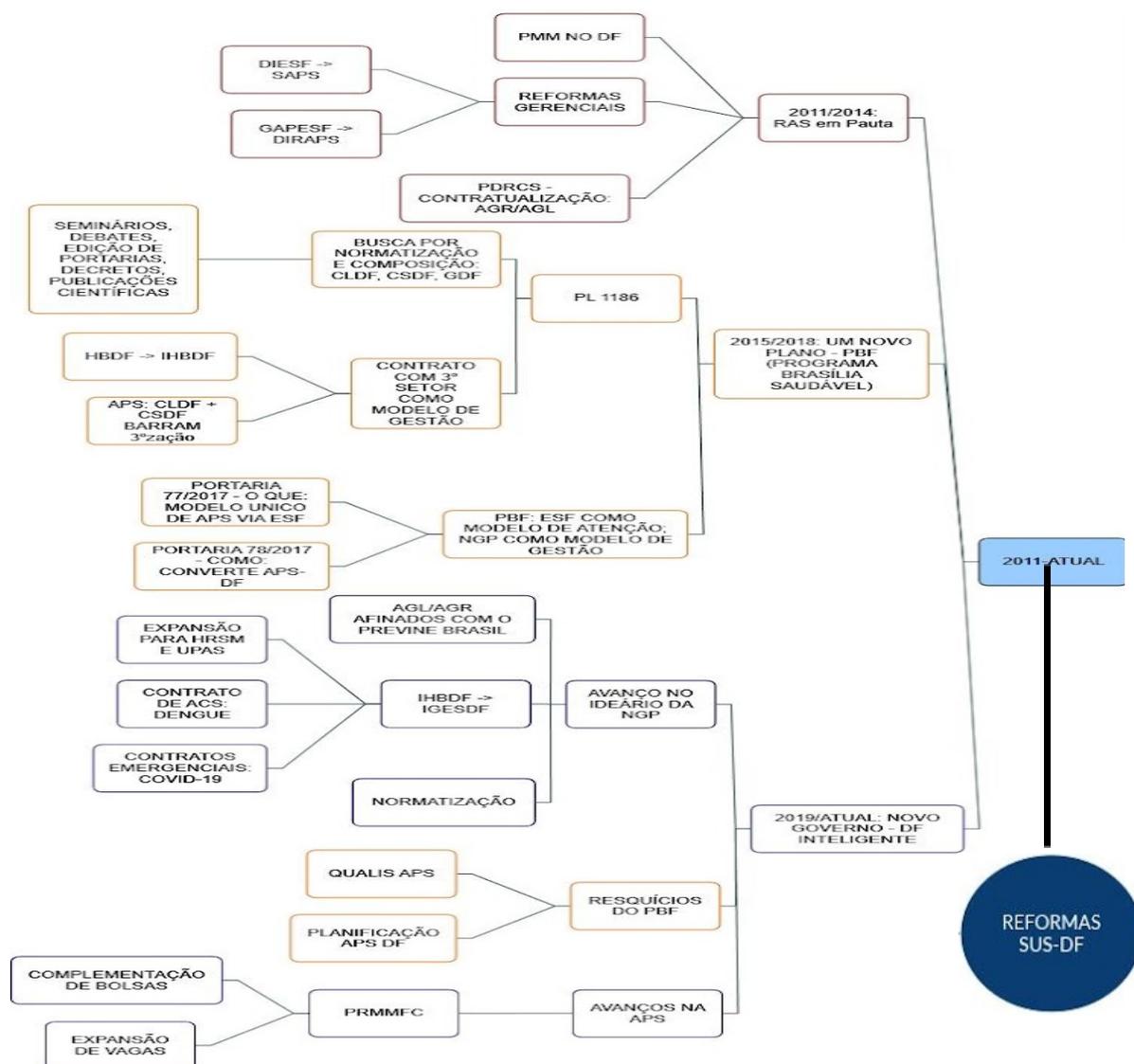


Figura 13. Reordenamento e Reformas do Modelo tecno-assistencial do SUS-DF, 2011-atual⁴⁶
 Fonte: elaborado pelo autor

⁴⁶14. Legenda: ACS: Agente Comunitário de Saúde; AGL/AGR: Acordo de Gestão Local/Regional; APS: Atenção Primária à Saúde; CSDF: Conselho de Saúde do Distrito Federal; CLDF: Câmara Legislativa do Distrito Federal; DIESF: Diretoria de Estratégia de Saúde da Família; DIRAPS: Diretoria de Atenção Primária à Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; GAPESF: Gerência de Atenção Primária à Saúde e estratégia de Saúde da Família; HBDF: Hospital de Base do Distrito Federal; HRSM: Hospital Regional de Santa Maria; IGESDF: Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal; IHBDF: Instituto Hospital de Base do Distrito Federal; NGP: Nova Gestão Pública; PBS: Programa Brasília Saudável; PDRCS: Projeto para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde no Distrito Federal e transferência de tecnologia em contratualização de serviços de saúde PL: Projeto de Lei; PMM: Programa Mais Médicos; QUALIS APS: Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal; RAS: Rede de Atenção à Saúde; SAPS: Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde; UPA: Unidade de Pronto Atendimento;

5.2.2. Segundo período - Pré-Converte (2011 a 2016): convívio entre o “velho” e o “novo” na APS-DF

O Governo Agnelo Queiroz assumiu em janeiro de 2011 e traz como pauta da setorial saúde a expansão da ESF com sua consequente qualificação¹⁹². No âmbito nacional, 2011 é o ano de início do primeiro Governo Dilma Rousseff e é quando o ministro Alexandre Padilha assume o comando do Ministério da Saúde. Na gestão do ministro Alexandre Padilha, é promulgado o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB²⁷⁹), ainda em 2011, que foi incorporado em 2013 ao Programa Mais Médicos (PMM)²⁸⁰, ambos com investimentos na alocação de profissionais de saúde em locais de difícil provimentos, com maior enfoque no médico, especialmente no PMM. Neste último, após a autorização especial de Registro Médico de Saúde para profissionais estrangeiros que portassem diploma médico válido procedente de outro país, um contingente superior a 13 mil médicos foi alocado em todos os estados brasileiros e no Distrito Federal⁴⁷.

Além das medidas de provimento, em resposta à priorização dada pela gestão Padilha ao acesso²⁴³ na APS, o ano de 2011 é também marcado no Ministério da Saúde pela busca por qualificação da APS⁵⁸. Exemplos disso são a criação do prontuário eletrônico e-SUS AB; o lançamento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁵⁶; a revisão da Portaria Nacional da Atenção Básica (PNAB)¹⁷⁰; e o lançamento do decreto 7508/2011¹², cuja relevância é destacada para o reordenamento dos serviços de APS-DF.

Dada a necessidade de regulamentação da Lei 8080/90, o decreto 7508/2011¹² foi promulgado pelo Ministério da Saúde, sendo criado o dispositivo de contratualização COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública). A presença da contratualização e das definições propostas de articulação de Redes de Atenção à Saúde serviram de base contextual para que Brasília introduzisse mudanças no modelo de gestão da cidade, como o Projeto “Desenvolvimento de Redes e Contratualização de Serviços no âmbito da SES-DF”²⁴⁴ (PDRCS).

⁴⁷¹⁵. Para a elaboração de minha dissertação de mestrado profissional em saúde coletiva, pude estudar a implantação desse programa através de pesquisa documental e descrevi as atividades do supervisor acadêmico, incitando a presença do debate de formação em saúde em interface com o controle e apoio profissional. Ver mais em Castro (2015)²⁴² e Castro *et al*²⁸⁹ (2015).

Quadro 12. Linha do tempo da APS/MFC no DF. Segundo Período: Avanços da APS-DF Pré-Converte (2011-2015)

Datas x Eixos	Especialidade Medicina de Família e Comunidade	Gestão	Assistência	Ensino
2011	- 11º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade (23 a 26 junho); - Instituição do PROVAB pelo MS (set/11)	Criação das DIRAPS na SES-DF (dez/11)	- Aposta em melhorias na ambiência com construção de 09 clínicas de Família.	
2013	Lei do Mais Médicos para o Brasil (Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 / Conversão da Medida Provisória nº 621, de 2013)		- Construção da UPA Sobradinho II e Ceilândia.	Abertura do curso de Medicina na UNICEUB – 100 vagas/ano (Privada)
2014	Escassez de MFC com titulação na rede SES-DF, pouco reconhecimento e muitos enfrentamentos com modelo hegemônico. Ocupação paulatina de espaços pelos poucos MFC.	Último concurso para MFC sem exigência da especialização.	A cobertura da ESF no DF não alcança os 30%, e com indicadores de acesso, enfoque familiar e enfoque comunitário com resultados precários¹²³.	
2015	Início do chamamento de novos Médicos de Família e Comunidade na SES-DF	Informatização dos serviços e revisão das GSAP como gerencia de territórios	- Ampliação da carteira de serviços e início de ajustes no processo de trabalho de equipes ESF; - 03 MFC nomeados do concurso 2014, 02 tomam posse. - 108 profissionais do PMM ingressam na APS-DF ¹²⁴ .	15 residentes egressos entre 2000-2015, maioria servidores da SES-DF

Fonte: adaptado de Nabuco¹⁹² et al (2018, p. 2223).

Fruto de uma parceria entre a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do DF (FEPECS), a própria SES-DF e o Consórcio Hospitalar da Catalunha (CHC), o PDRCS propunha a integração entre serviços, a melhoria de indicadores sanitários, além de

incentivo à conformação adequada da RAS do DF às necessidades de saúde dos brasileiros. Um profundo diagnóstico do modelo de gestão e do modelo de atenção é produzido por esse projeto, que leva à criação de Acordos de Gestão Local (AGL) e Regional (AGL), com contratos de metas e indicadores entre gestão central, regional e serviços de saúde coordenados por instâncias regionais – Colegiado Gestor/Articulador de Redes – e a nível central da SES-DF – Colegiado Contratualizador de Redes. Com base no Triângulo de Governo de Matus, o PDRCS foi delineado nas três esferas: Plano de Governo, Governabilidade e Capacidade de Governo²⁴⁴ (Figura 14).



Figura 14. Triângulo de Governo – PDRCS

Fonte: Gottëms²⁴⁴ et al (2015, p. 301).

O que se extrai desta experiência é o caráter incremental da política de regionalização e contratualização em saúde no DF, que inicia antes de 2011, tendo em vista que já é possível identificar a presença de coordenações regionais de saúde no DF ao menos desde o ano 2000²⁴⁵. O diagnóstico do PDRCS aponta para uma excessiva centralização da gestão e acena para a contratualização como saída para o dilema entre descentralizar a gestão e os empenho dos recursos na saúde e concentrar em sete regiões de saúde a estrutura que antes era pulverizada nas 15 coordenações. Ainda que a menção às regiões de saúde já ocorresse antes, somente em 2015 é que a descentralização administrativa se esclarece e as superintendências são estabelecidas como as menores instâncias territoriais de gestão da SES-DF²⁰⁹.

Algumas reformas administrativas foram produzidas entre 2011 e 2013 na SES-DF, ainda que basicamente se mantenha uma estrutura de gestão com base no tripé: área fim; área meio; e apoio à gestão participativa²⁰⁹ (Figura 15).

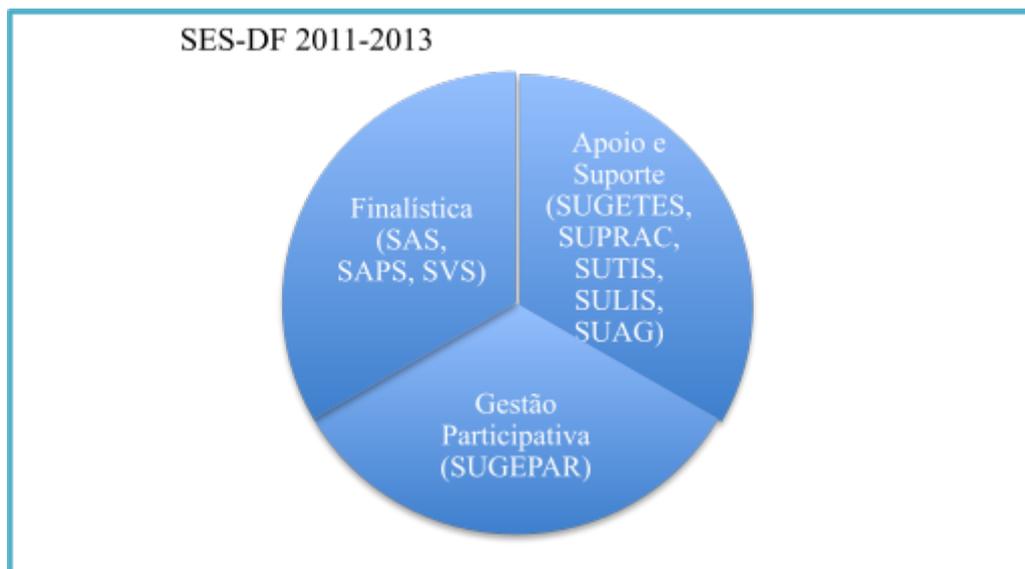


Figura 15. Estrutura de Gestão da Administração Central da SES-DF, 2011-2013.

Fonte: elaborado pelo autor, com base no trabalho de Göttems et al²⁰⁹, 2017.⁴⁸

Um dos pontos polêmicos do Governo Agnelo foi a Lei Distrital nº 5.237, de 16 de dezembro de 2013¹⁹⁸, que dispõe sobre a carreira Vigilância Ambiental e Atenção Comunitária à Saúde do Quadro de Pessoal do DF, pois institui a possibilidade de entrada do ACS como servidor estatutário sem a necessidade de concurso público. *In verbis*:

Art. 20. Os atuais agentes de vigilância ambiental em saúde e os agentes comunitários de saúde pertencentes à Tabela Especial de Emprego Comunitário do Distrito Federal podem, mediante manifestação expressa, de caráter irretratável e irrevogável, em até noventa dias após a publicação desta Lei, fazer opção para integrar a carreira Vigilância Ambiental e Atenção Comunitária à Saúde, na forma do Anexo II.
(GDF¹⁹⁸, 2013).

Em 2013, chegam os médicos do Programa Mais Médicos ao DF. Os números são divergentes nas fontes consultas e o então Secretário de Saúde do DF, Dr. Rafael Barbosa,

⁴⁸16. Legenda: SVS: Subsecretaria De Vigilância À Saúde; SUPRAC: Subsecretaria De Planejamento, Regulação, Avaliação E Controle; SAS: Subsecretaria De Atenção À Saúde; SUGETES: Subsecretaria De Gestão Do Trabalho E Da Educação Em Saúde; SUTIS: Subsecretaria De Tecnologia Da Informação Em Saúde; SULIS: Subsecretaria De Logística E Infraestrutura Da Saúde; SAPS: Subsecretaria De Atenção Primária À Saúde; SUGEPAR: Subsecretaria De Gestão Participativa

chegou a anunciar a chegada de 33 médicos do PMM, o que levaria a um incremento de 20% na cobertura ESF da cidade.

Em outubro de 2014, a Portaria Nº 199/2014²⁴⁷ é promulgada e reitera que apenas os Médicos de Família e Comunidade têm o direito de já entrar com carga horária de 40 horas semanais, enquanto os outros médicos ingressam na carreira com 20 horas. Além disso, ocorre uma ampliação do entendimento de quais serviços são considerados pertinentes à APS-DF:

Art. 22. As Unidades Básicas de Saúde compreendem:

I - Centros de Saúde;

II - Postos de Saúde Urbanos;

III - Postos de Saúde Rurais;

IV - Clínicas de Família;

V - Casas alugadas, espaços cedidos ou em comodato que abriguem Equipes de Saúde da Família;

VI - Unidades Móveis;

VII - Academia de Saúde;

VIII - Serviço de Atenção Domiciliar;

IX - Unidade de Saúde Prisional;

X - Consultórios na Rua.

GDF²⁴⁶ (2014)

Nabuco¹⁹² *et al* (2019) estabelecem que foi a partir de 2011 que o Programa de Residência Médica (PRM) em MFC no DF foi reordenado para um programa em rede, saindo de um modelo vinculado apenas à Região de Saúde Norte (Sobradinho e Planaltina, cada uma com um PRM MFC em cada uma dessas Regiões Administrativas) para expandir a todas as Regiões de Saúde do DF.

Apesar dos avanços no âmbito da expansão de cobertura ESF (chegou a 30% em junho/2014), na construção de novas UBS (foram construídas 09 Clínicas da Família), no concurso para MFC (lançado em 2014) e, ainda no que tange à organização da RAS-DF, a gestão Agnelo não conseguiu implantar a ousada meta de triplicar o número de equipes de Saúde da Família (eSF) no DF (meta de chegar às 400 eSF no DF até final do mandato²⁴⁷), ainda que tenha conseguido dobrar o número de eSF, aproximando-se do número de equipes implantadas pelo Saúde em Casa.

Os entraves no reordenamento do modelo, dada a convivência entre o modelo tradicional e o modelo ESF, persistiu até 2018^{192,194,248}.

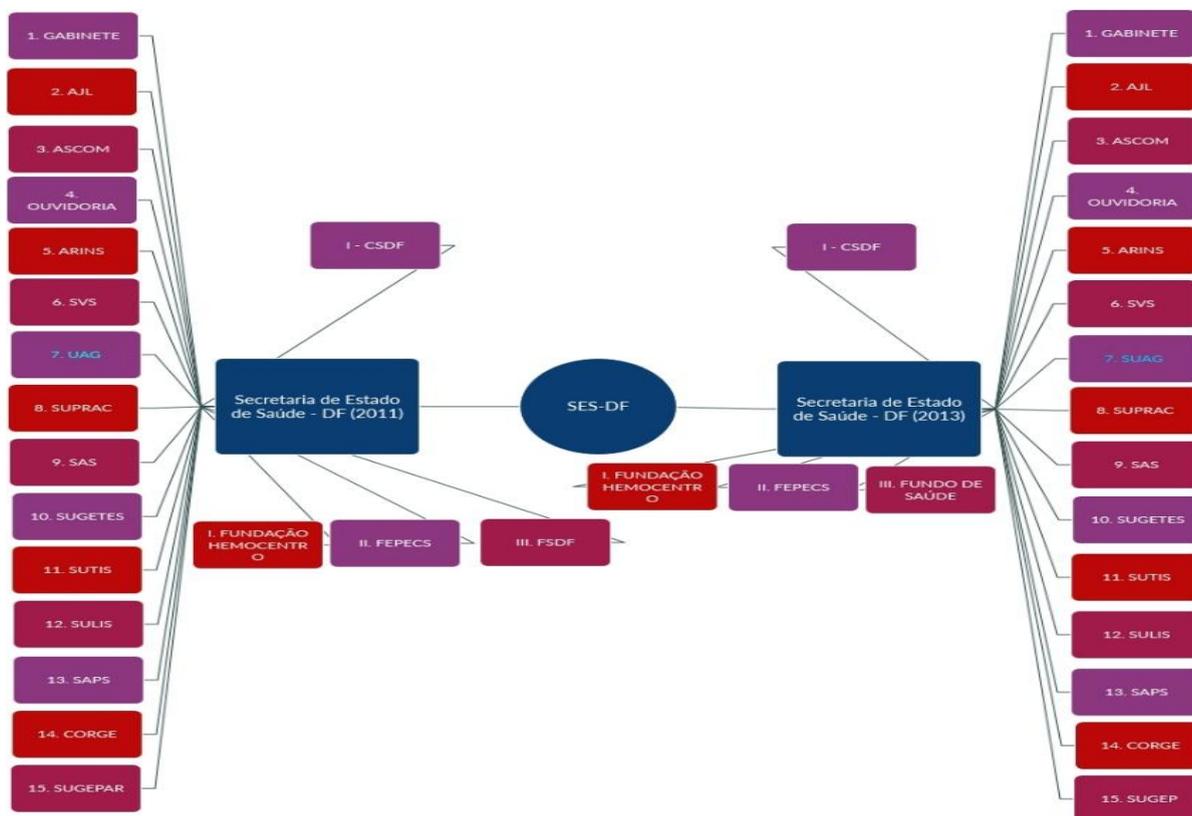


Figura 16. Reformas na estrutura organizacional da SES-DF, organograma 2011 x 2013.

Fonte: elaborado pelo autor, com base em GDF (2011²⁴⁸ e 2013²⁴⁹).

Legenda: ASCOM: Assessoria de Comunicação; ARINS: Assessoria de Relações Institucionais; CSDF: Conselho de Saúde do DF; FSDF: Fundo de Saúde do DF; FEPECS: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde; SVS: Subsecretaria De Vigilância À Saúde; SUPRAC: Subsecretaria De Planejamento, Regulação, Avaliação E Controle; SAS: Subsecretaria De Atenção À Saúde; SUGETES: Subsecretaria De Gestão Do Trabalho E Da Educação Em Saúde; SUTIS: Subsecretaria De Tecnologia Da Informação Em Saúde; SULIS: Subsecretaria De Logística E Infraestrutura Da Saúde; SAPS: Subsecretaria De Atenção Primária À Saúde; SUGEPAR: Subsecretaria De Gestão Participativa; SUAG: Subsecretaria de Apoio Gerencial.

A meta de 400 eSF só viria a ser alcançada em 2018. Agnelo Queiroz perde já no primeiro turno em sua tentativa de reeleição. No segundo turno, a Coligação Somos Todos Brasília, liderada pelo Deputado Rodrigo Rollemberg (PSB)²⁵⁰ supera a chapa do Deputado Jofran Frejat (médico, ex-secretário de saúde do DF em múltiplas gestões, filiado ao PL – Partido Liberal) e sua vice, Flavia Arruda (esposa do ex-governador José Roberto Arruda).

Em 2015, no âmbito nacional, inicia-se o segundo mandato do Governo Dilma Rousseff, com plena expansão do Programa Mais Médicos e implementação dos demais programas: PMAQ-AB (monitoramento e avaliação de indicadores e metas para eSF com contrapartidas financeiras conforme estratificação por desempenho obtido); Programa de Requalificação das UBS (investimentos em infraestrutura das UBS); e Melhor em Casa

(Síntese da Política de Atenção Domiciliar). No DF, uma série de rearranjos administrativos é produzida, com fins à descentralização, regionalização e contratualização.

Essa agenda se reflete no novo organograma da SES-DF, agora claramente definido em 04 instâncias de gestão: Administração Central (ADMC); Superintendências Regionais de Saúde (SRS); Unidades de Referência Distrital (URD); e Unidades de Referência de Apoio (URA). Esse processo avança em 2016, com a publicação do DECRETO Nº 37.515, de 26 de julho de 2016²⁵¹, que institui o Programa de Gestão Regional da Saúde (PRS) para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital.

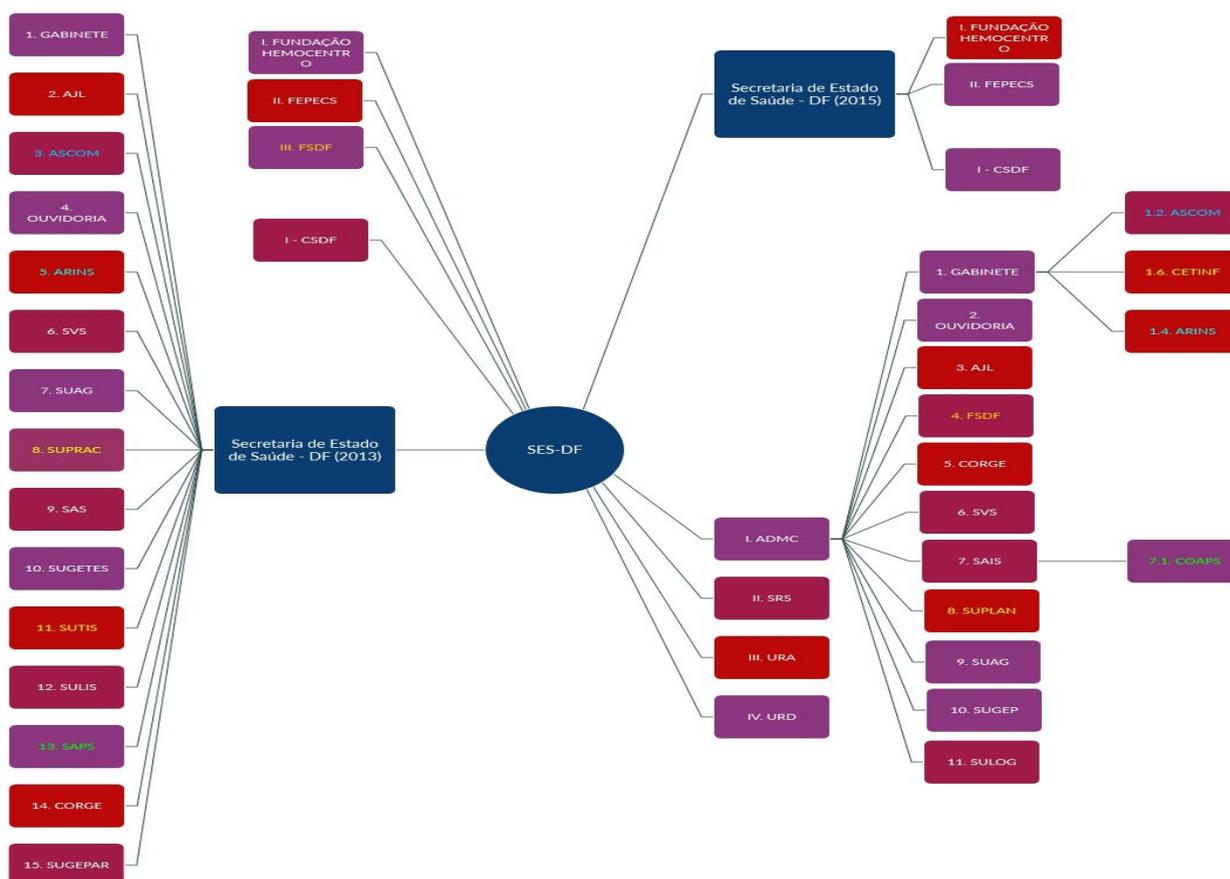


Figura 17. Reformas na estrutura organizacional da SES-DF, organograma 2013 x 2015

Fonte: elaborado pelo autor, com base em GDF²⁴⁹ (2013).

Legenda: ASCOM: Assessoria de Comunicação; ARINS: Assessoria de Relações Institucionais; CSDF: Conselho de Saúde do DF; FSDF: Fundo de Saúde do DF; FEPECS: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde; SVS: Subsecretaria De Vigilância À Saúde; SUPRAC: Subsecretaria De Planejamento, Regulação, Avaliação E Controle; SAS: Subsecretaria De Atenção À Saúde; SUGETES: Subsecretaria De Gestão Do Trabalho E Da Educação Em Saúde; SUTIS: Subsecretaria De Tecnologia Da Informação Em Saúde; SULIS: Subsecretaria De Logística E Infraestrutura Da Saúde; SAPS: Subsecretaria De Atenção Primária À Saúde; SUGEPAR: Subsecretaria De Gestão Participativa; SUAG: Subsecretaria de Apoio Gerencial.

Vilaça²⁵² (2019) reconstitui a trajetória da regionalização do SUS DF e propõe que a implementação incompleta e tardia da política de regionalização no DF é um paradoxo, tendo em vista se tratar de um Estado-município que necessitaria, em tese, dialogar apenas com a instância de gestão federal. O nível de atenção secundária é o mais incipiente em sua implantação, ainda existe elevada centralização da gestão e as regiões possuem características de implantação da RAS heterogênea²⁵².

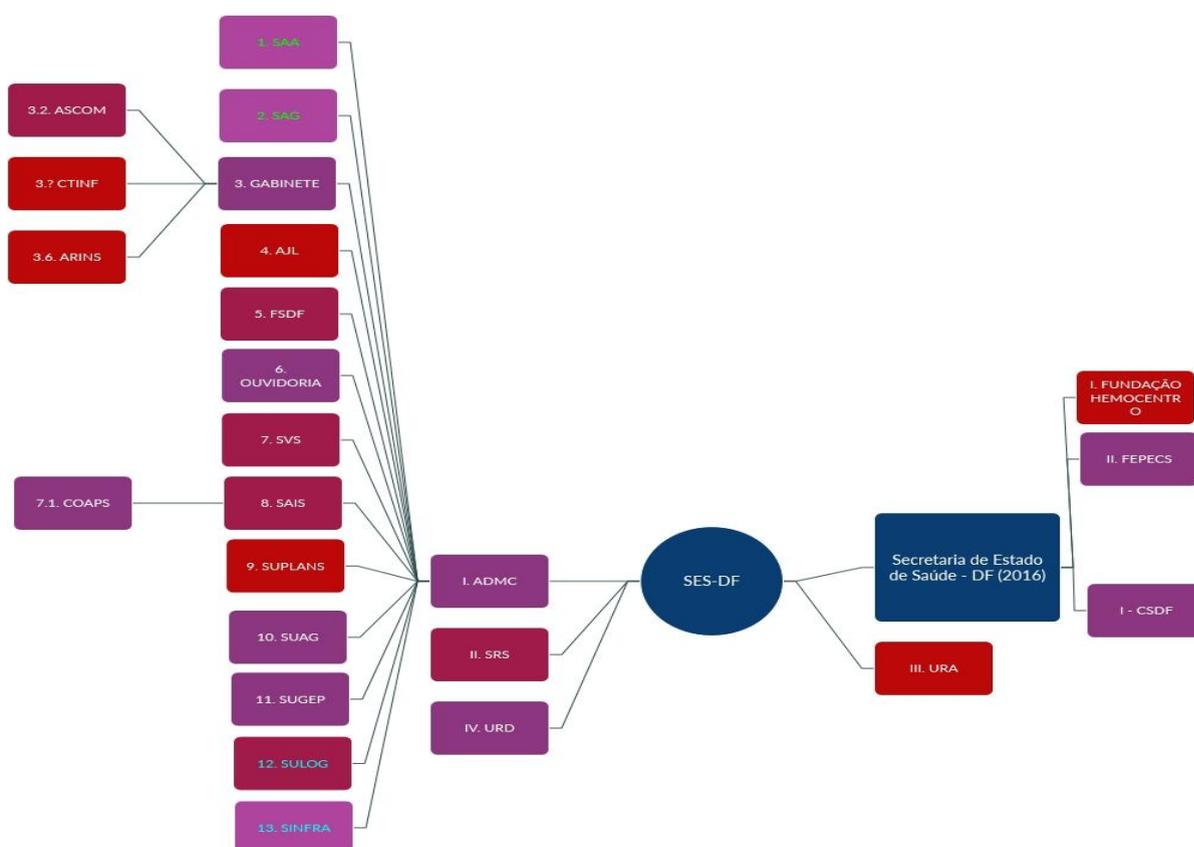


Figura 18. Reformas na estrutura organizacional da SES-DF, organograma 2016 – ADMC

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em GDF (2013²⁴⁹).

Legenda: ASCOM: Assessoria de Comunicação; ARINS: Assessoria de Relações Institucionais; CSDF: Conselho de Saúde do DF; FSDF: Fundo de Saúde do DF; FEPECS: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde; SVS: Subsecretaria De Vigilância À Saúde; SUPRAC: Subsecretaria De Planejamento, Regulação, Avaliação E Controle; SAS: Subsecretaria De Atenção À Saúde; SUGETES: Subsecretaria De Gestão Do Trabalho E Da Educação Em Saúde; SUTIS: Subsecretaria De Tecnologia Da Informação Em Saúde; SULIS: Subsecretaria De Logística E Infraestrutura Da Saúde; SAPS: Subsecretaria De Atenção Primária À Saúde; SUGEPAR: Subsecretaria De Gestão Participativa; SUAG: Subsecretaria de Apoio Gerencial.

O PRS avançou na constituição *de facto* das regiões de saúde à medida que produziu uma política de mudança com características *Bottom-up*, através de um curso de formação em regionalização fornecido pela SUPLANS com o apoio da EAP-SUS/FEPECS

aos dirigentes da ADMC, SRS e ainda dos serviços; além de ajustar os instrumentos de gestão, monitoramento e controle da política ao longo do processo¹⁵¹.

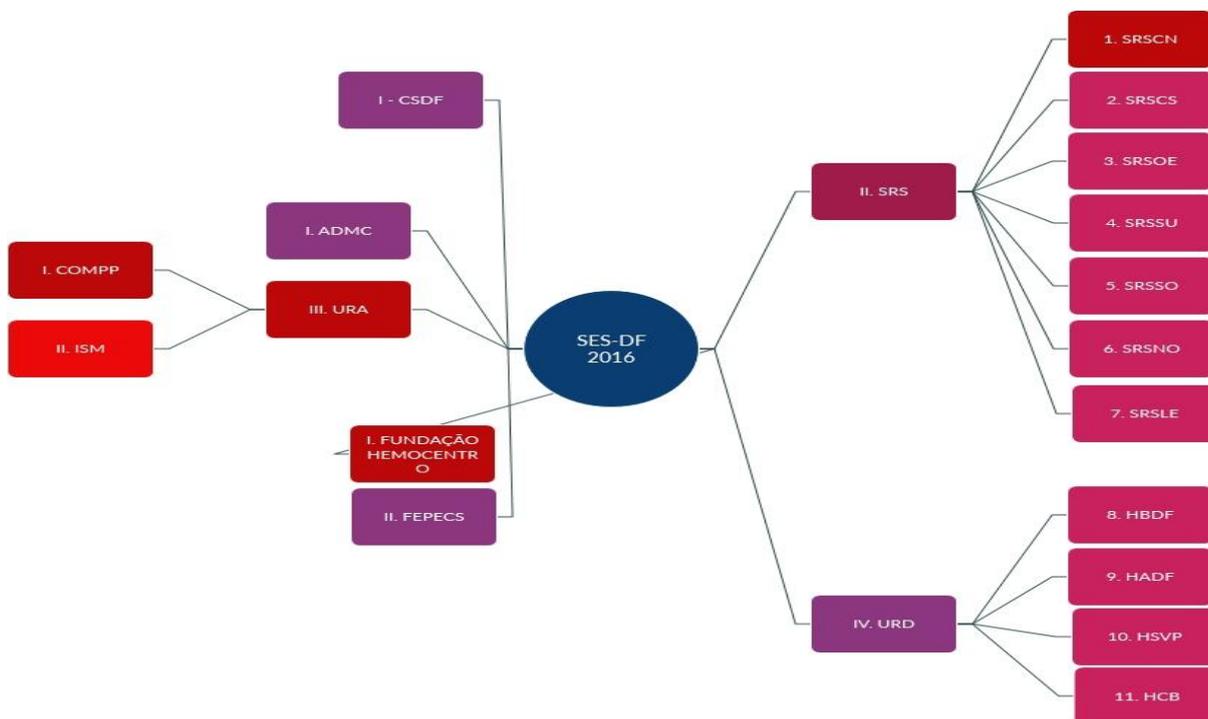


Figura 19. Reformas na estrutura da SES-DF, organograma 2016 – SRS e URD

Fonte: elaborado pelo autor, com base em GDF (2013²⁵¹).

Legenda: ASCOM: Assessoria de Comunicação; ARINS: Assessoria de Relações Institucionais; CSDF: Conselho de Saúde do DF; FSDF: Fundo de Saúde do DF; FEPECS: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde; SVS: Subsecretaria De Vigilância À Saúde; SUPRAC: Subsecretaria De Planejamento, Regulação, Avaliação E Controle; SAS: Subsecretaria De Atenção À Saúde; SUGETES: Subsecretaria De Gestão Do Trabalho E Da Educação Em Saúde; SUTIS: Subsecretaria De Tecnologia Da Informação Em Saúde; SULIS: Subsecretaria De Logística E Infraestrutura Da Saúde; SAPS: Subsecretaria De Atenção Primária À Saúde; SUGEPAR: Subsecretaria De Gestão Participativa; SUAG: Subsecretaria de Apoio Gerencial.

5.2.3. Terceiro Período: O Converte APS-DF (2017 a 2018)

Se por um lado os avanços na política de regionalização ocorrem efetivamente nos primeiros dois anos do Governo Rollemberg²⁵³, a implementação da agenda de mudanças no modelo de gestão e no modelo de atenção não obteve o mesmo êxito no âmbito da APS.

Quadro 13. Linha do tempo APS/MFC no DF. 3º Período: o Converte APS-DF (2016-2018)

Ano x Eixo	Especialidade de Medicina de Família e Comunidade	Gestão	Assistência	Ensino
2016	Chegada de muitos colegas titulados de outras UF com nomeação do concurso	<ul style="list-style-type: none"> - 03/2016: Nomeação MFC Humberto Lucena como Secretário de Saúde SES-DF - Plano Distrital de Saúde 2016-2019, com previsão de expansão da ESF - Resolução CSDF 465 de 04/10/2016. Determina que a ESF seja considerada como a estratégia prioritária da SES-DF no reordenamento da RAS. - Planifica-DF é lançado na região de saúde Leste 	<ul style="list-style-type: none"> - 47 MFC nomeados pelo concurso de 2014, e desses 27 tomam posse; 	<ul style="list-style-type: none"> - Criação do PRM em Rede de MFC da SES- DF/ESCS e do PRM-MFC do HUB/UnB, com expansão significativa de vagas de residência na especialidade. - Na UnB, movimento de valorização da APS, culmina na mudança do currículo em 2016
2017	MFC recebe duras críticas pelo SINDIMÉDICO no contexto de implementação do CONVERTE. - Vários mFC aderem ao CONVERTE como facilitadores.	<ul style="list-style-type: none"> -fevereiro/2017: publicação das Portarias 77 e 78/2017. - Portaria 78/2017 vai se delineando como o então apelidado “CONVERTE APS-DF”. - O Hospital de Base é convertido ao IHB-DF. 	<ul style="list-style-type: none"> - 168 médicos preenchem o anexo I da Portaria 78/2017 da SESDF, e destes, 135 foram incluídos em equipes de transição, junto com 135 Enf. e 270 Tec. Enf.; - Outros 72 Enf. e 144 Tec Enf. aderem e esperam nomeação de mFC para compor EqSF; - Nomeados 235 mFC do concurso de 2014, tomam posse 161. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concurso para docentes da UnB com carga horária parcial: viabilidade de compatibilização de carreira docente-assistencial GDF-UnB.
2018	Primeiro concurso com exigência de titulação em MFC para a SES-DF	<ul style="list-style-type: none"> - Nomeação de mFC com título de especialista para APS-DF pelo concurso ainda em agosto-setembro/2018, além de Enf. de Família e Comunidade, carreira recém-criada. - ESF como modelo de atenção na APS-DF vira lei: Lei 6.133/2018. 	<ul style="list-style-type: none"> - Converte APS-DF conversão dos médicos e enfermeiros da APS-DF em mFC e EFC nas EqSF. - Movimentação dos Especialistas Focais (especialmente PED, GO, CM) para outros níveis de atenção; - Nomeados mFC do cadastro de reserva do Concurso 2014 e primeiros 169 mFC do concurso de 2018, além de 325 Enf. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção da ocupação de vagas nos PRM-MFC; - Maior integração entre os dois PRM-MFC do DF; - Nomeação de 05 MFC para docência na UnB, sendo 04 em tempo parcial (20h).

Adaptado de Nabuco¹⁹⁴ et al, 2018, p. 2223, com outras fontes^{54,94,193-196, 215,254,255}

O caminho de construção de uma nova política de APS no DF, como pode ser visualizado no primeiro e segundo períodos deste tópico, não inicia com a publicação das Portarias 77²²⁹ e 78²³⁰ de 14 de fevereiro de 2017, contudo, o efeito reordenador do modelo de atenção a partir do processo de implementação desencadeado após a publicação das portarias é o que se toma para análise neste terceiro período.

Um primeiro aspecto deste período é que por decorrência do caráter incremental e da Dependência de Trajetória⁹⁰ das reformas empreendidas no sistema de saúde do DF, o fortalecimento da APS permaneceu, contraditoriamente, presente no discurso dos gestores, e ausente da agenda política, consistindo como pauta acessória ao modelo hospitalocêntrico, sendo que a atenção hospitalar era vista como alvo de sobrecarga e que precisava da APS para “desafogá-la”. Neste âmbito, as iniciativas de aluguel de casas para comportar equipes da ESF, desde o Saúde em Casa, a retomada dos PACS, desde o Programa Família Saudável, convivia com o modelo embrionário da cidade, dos postos e centros de saúde do modelo tradicional, desde o Plano Bandeira de Mello e o Plano Jofran Frejat.

Como já discutido, a distinção entre o Centro de Saúde (CS), resolutivo (possibilidade de coleta de exames e fornecimento de medicamentos), composto por equipe médica que contava com a presença de ao menos três especialidades focais, estas tidas como as mais generalistas dentre as outras (Clínica Médica, Ginecologia-obstetrícia e Pediatria), e que ainda contava com salas de vacinação, curativo, sala de rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis; e os Postos (postinhos) de Saúde, aparentemente pouco resolutivo (reserva técnica limitada de medicamentos, carecendo do apoio dos CS para coleta de exames e fornecimento de parte dos medicamentos) e limitado (equipes reduzidas, ambiência estruturalmente frágil), coaduna com a sobreposição de modelos tecno-assistenciais na APS-DF, um congestionamento (ver figura 20), que foi modificado após a implementação das portarias referidas.

A dissertação de Costa²⁵⁶ (2018) ilustra o diagnóstico da situação de implantação da ESF no DF até 2017, ano de publicação das portarias 77 e 78: baixa cobertura de ESF (30,7%, a menor de todas as Unidades Federativas); apenas 30 dos 1.210 médicos que atuavam na ESF, são especialistas em Medicina de Família e Comunidade (971 dentre esses pouco mais de mil médicos, ou seja, cerca de 80%, eram vinculados ao Programa Mais Médicos); número insuficiente de ACS (média de 3,65 por eSF, número abaixo dos 05 ACS recomendados²⁵⁷ para cobrir uma população de 3750 pessoas, sendo 750 pessoas para cada

Destaca-se trecho do texto base, que exemplifica este entendimento:

A reforma do modelo assistencial aqui proposto depende da concomitante reforma do modelo de gestão adotado no Distrito Federal. As rígidas regras para contratação de pessoal por concurso público, as dificuldades em executar mudanças nas políticas de gestão, bem como o engessamento dos contratos às regras de licitação são incompatíveis com a velocidade de resposta exigida da gestão na saúde.

A participação de entidades do terceiro setor confere à administração pública a possibilidade de trabalhar de acordo com a sistemática da gestão privada, mantendo a competência para regular, determinar como fazer, controlar e fiscalizar a ação dessas entidades. Além do Tribunal de Contas e do Ministério Público, entidades de controle externo, a própria Secretaria de Saúde passa a ser o maior fiscal da ação da gestão das unidades.

[...]

A mudança no modelo de gerenciamento das unidades será precedida de uma análise das necessidades de saúde da população adscrita; estabelecimento de prioridades; verificação da capacidade instalada das UBS e das UPAs a serem gerenciadas; negociação e fixação de objetivos e metas; acompanhamento e avaliação; e aplicação de sistema de consequências (incentivos e penalizações) (GDF²⁵⁷, 2016, p. 18-19, grifo nosso)

Contudo, o modelo de gestão desenvolvido ao longo da gestão do então Secretário de Saúde Humberto Lucena acomodou tanto a agenda pragmática da NGP, quanto aspectos estruturantes do SUS, tal qual o reforço na política de regionalização e na gestão compartilhada. A participação popular se deu especialmente pela atuação da gestão junto ao Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF), que se deu em paralelo à atuação junto à Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF). Este movimento, que as entrevistas revelaram se tratar de um movimento coordenado, permitiu o que aqui chamamos de construção de legado: uma série de iniciativas que culminam com a impressão de uma marca de gestão e molduras institucionais que tanto se constituem e se apresentam como um novo, como almejam circunscrever os movimentos de resistência ao desgaste de superar ou incorporar o novo para sua eventual desconstrução. Ver figura 21.

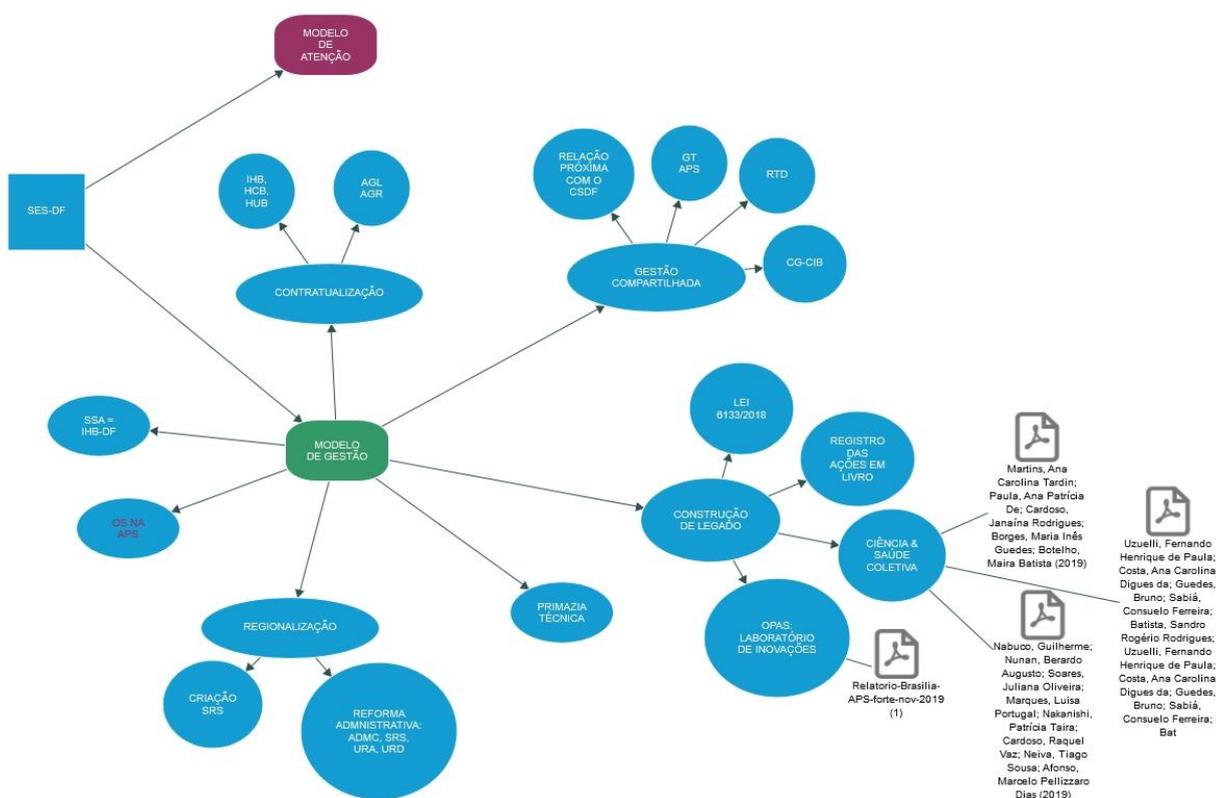


Figura 21. Mapa Mental – Modelo de Gestão no Brasília Saudável, 2017.

Fonte: elaborado pelo autor

Ainda sobre o modelo de gestão, ocorre durante a gestão Rollemberg o redesenho da estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do DF. As figuras 16 a 19 (ver em subtópico anterior) e a figura 22 (a seguir) demonstram que a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde descende para o nível de Coordenação (COAPS – Coordenação da APS), enquanto a estrutura de gestão nas regiões se descentraliza, já o nível de gestão da APS nas esferas regionais se mantém como diretoria (DIRAPS – Diretoria Regional da APS), o segundo nível hierárquico da gestão regional da saúde do DF¹⁹⁰.

Com a descentralização da gestão para as sete regiões de saúde, representada da figura 22 por “II. SRS”, efetivada através do Programa de Regionalização da Saúde (PRS), outras mudanças ocorreram ao nível de gestão local, mantendo-se apenas a Gerência de Serviços da Atenção Primária²²⁹ (GSAP) no território e um cogestor, aqui no DF denominado de Supervisor de Serviços da Atenção Primária. Essa medida aglutinou a gestão da APS a três distintos níveis: Local (GSAP); Regional (DIRAPS); e Central (COAPS).

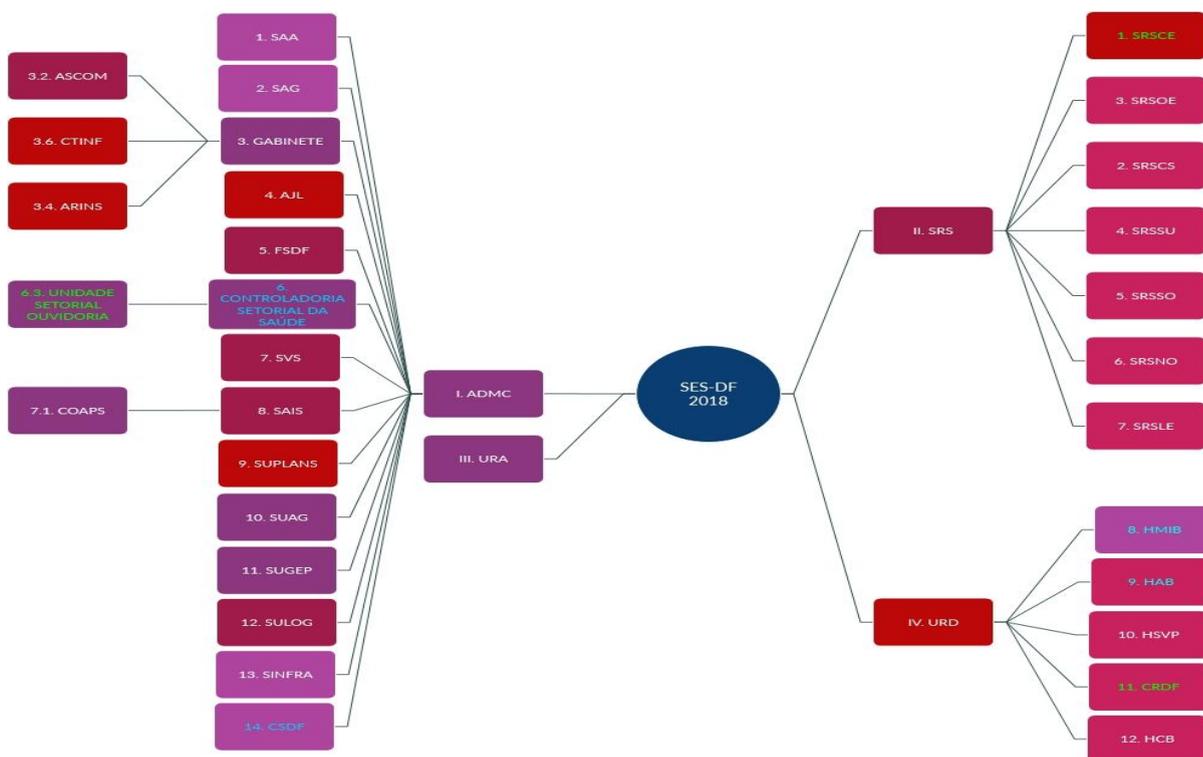


Figura 22. Reformas na estrutura organizacional da SES-DF, organograma 2018

Fonte: GDF²⁶³ (2018).

Apesar de bem estabelecido na Portaria 77/2017, estes três níveis de gestão da APS são atravessados por distintos fóruns e colegiados decisórios, tendo em vista que a APS é um nível de atenção que responde regionalmente a uma superintendência, e é regido a nível distrital pela SES-DF²²⁹. A figura 23 ilustra o fluxo de decisões na gestão da APS e suas distintas interfaces, do comando central do Secretário de Saúde, até alcançar o profissional de saúde lotado em uma Unidade Básica de Saúde.

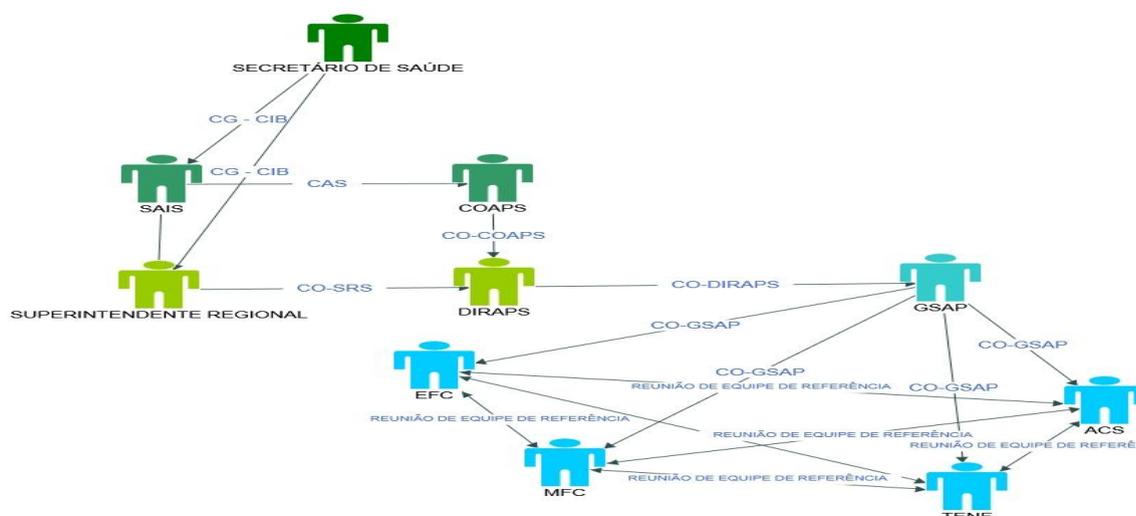


Figura 23. Fluxo decisório de gestão na APS-DF.

Fonte: elaborado pelo autor

A característica única no Brasil de um município ser ao mesmo tempo estado, leva Brasília a construir fluxos alternativos de gestão. A reunião colegiada entre os principais subsecretários e os Superintendentes das sete regiões de saúde (Central, Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro-Sul e Sudoeste) é denominada Colegiado Gestor (CG), e tem as atribuições pertinentes à Comissão Intergestores Bipartite (CIB, reunindo Estado e “Municípios”, representado, neste caso, pelas regiões de saúde do DF).

O Subsecretário de Atenção Integral à Saúde (SAIS), ainda que não tenha ascensão direta sobre os superintendentes, é membro da CIB e tem oficialmente este fórum de gestão para intervir nas regiões de saúde. A COAPS está submetida à SAIS, participando do Colegiado de Atenção à Saúde (CAS) como fórum oficial de gestão a nível central e ainda coordena o Colegiado Gestor da APS (CO-COAPS), da qual as DIRAPS tem assento, mesmo que a COAPS não tenha relação hierárquica direta com as DIRAPS, estas que estão submetidas às Superintendências Regionais de Saúde (SRS), e com elas compartilham o Colegiado Gestor da Superintendência.

A DIRAPS coordena o Colegiado Gestor da APS de cada sua região de saúde (CO-DIRAPS), e utiliza desse fórum oficial para pautar as GSAP, que por conseguinte acionam os seus servidores através do Colegiado Gestor da GSAP (CO-GSAP), ou da UBS, através de representações de membros das eSF ou participação direta dos servidores, a depender da regulamentação de cada CO-GSAP. As eSF ainda se organizam enquanto equipe através das reuniões de equipe de referência, participando o profissional médico, enfermeiro, técnico(s) de enfermagem, ACS e ainda as equipes de Saúde Bucal, estagiários, residentes e eventualmente profissionais vinculados ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

Ao menos seis fóruns colegiados deliberativos compõem a gestão da APS no DF. Mesmo com a agilidade promovida pela informatização da gestão (através do Sistema Eletrônico de Informações - SEI) e da assistência (através dos sistemas de informação e prontuários eletrônicos utilizados no DF, como o e-SUS AB PEC® e o Trakcare®), a composição com esferas de gestão de distintas hierarquias na APS pode gerar lentidão na implementação de políticas, em especial as de características *Top-Down*. Por outro lado, potencializa a produção de consensos nos serviços e nas regiões, que de certa forma pode estar blindada de intervenções mais enérgicas por intermédio da ação dos superintendentes.

O modelo de atenção à saúde no DF, como assinalado ao longo desta tese e por distintos autores^{90,94,193,195}, é, ao menos até 2017, hospitalocêntrico e com investimentos

cíclicos e efêmeros na APS. A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), nos termos de Mendes²⁶⁰ para o nível secundário de atenção, ainda era incipiente e vinculado a ambulatórios anexos aos hospitais. O congestionamento de modelos (figura 20) se revela como um analisador para a compreensão das disputas corporativas na cidade e a dificuldade de direcionamento da gestão central para um modelo de atenção mais consistente com uma APS resolutiva, integral, acessível. A figura 24 sintetiza as proposições de reforma do modelo de atenção no DF a partir do Brasília Saudável.

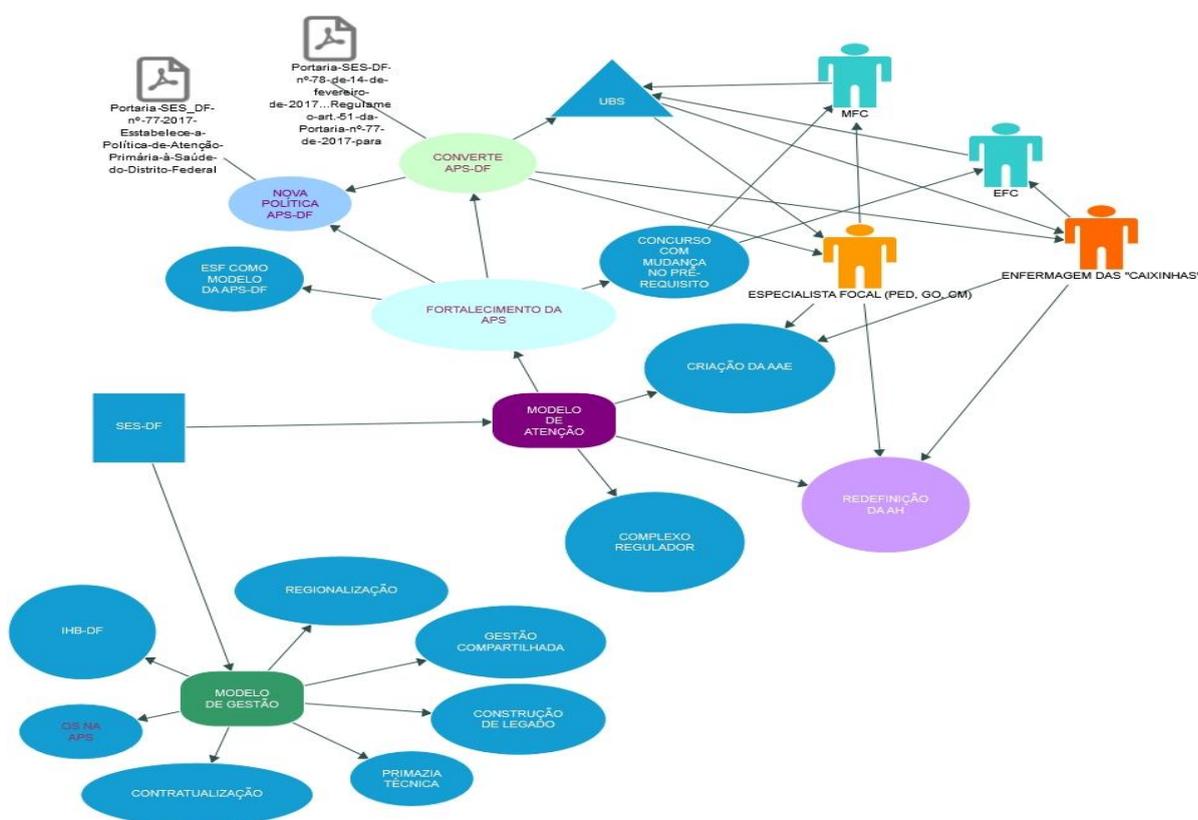


Figura 24. Mapa Mental – Modelo de Atenção no Brasília Saudável, 2017.

Fonte: elaborado pelo autor

A ação de fortalecimento da APS na figura 24 não fica restrita apenas ao Projeto Converte APS-DF, assim como a reforma proposta do modelo de atenção perpassava pela reestruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do DF^{204,260}. A criação da AAE e a redefinição da Atenção Hospitalar (AH) foram ações estratégicas para a implementação do Brasília Saudável, assim como o fortalecimento do complexo regulador²⁶¹, tendo em vista a oportunidade de reordenar serviços para o seu melhor cenário de atuação (deslocando infectologistas para a AAE, ou pediatras para o Pronto Socorro dos Hospitais Regionais),

além de pressionar a APS para que seja reordenada ao modelo de ESF, conforme a Resolução 165/2016 do CSDF²¹⁵, e posteriormente asseverado pela Lei 6133/2018²¹¹.

A portaria 77/2017 (ver Anexo C) foi construída por diversos profissionais de saúde e com influência do CSDF²⁶². Sua proposição de reordenamento do modelo de atenção, esclarecimento das diretrizes, dos princípios normativos, além de aspectos operacionais, como uma lista de indicadores a serem medidos pelas eSF e gestão da APS, assim como a unificação da nomenclatura dos serviços para Unidades Básicas de Saúde, propiciou um arcabouço normativo para a implementação das reformas no modelo de atenção do DF. A definição do como implementar, lenta e gradualmente ou rápida e energicamente foi definida em esfera distinta, como apontam os entrevistados no tópico seguinte desta tese.

Ao estabelecer a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, a portaria 77/2017 se subdivide nos seguintes capítulos:

- Capítulo I DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES
- Capítulo II DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA
- Capítulo III DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
- Capítulo V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

A ausência do Capítulo IV e a publicação conjunta da portaria 78/2017 no mesmo diário oficial não são coincidências. A portaria 78/2017 (ver Anexo D) disciplinou o processo de conversão da APS do DF ao modelo da ESF. Sua proposição regulamenta o artigo 51 da portaria 77/2017 (último artigo da portaria) que registra o seguinte:

Art. 51. Durante o processo de conversão e adaptação de outros modelos de Atenção Primária adotados no Distrito Federal para os preceitos estabelecidos por esta Portaria, admite-se a constituição de equipes de transição, com composição diversa da prevista no Art. 6º, a serem disciplinadas em Portaria própria, que poderão funcionar pelo prazo máximo de um ano, respeitados desde logo os princípios e diretrizes da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família aqui estabelecidos.²²⁹

O artigo 6º elenca dez modalidades de equipe que compõem a APS-DF, exclui do elenco da APS o médico especialista focal e ainda vincula os enfermeiros a equipes de saúde da família, afora as equipes de programas específicos, como saúde prisional, saúde da população em situação de rua e atenção domiciliar.

Sendo a portaria 78/2017 o documento oficial que inaugura o processo de conversão da APS no DF com prazo para iniciar e acabar, no caso um ano - conforme o art. 51 da portaria 77/2017 - o termo “Converte APS” não aparece neste documento, porém, em

dezembro de 2017 é incorporado como nomenclatura pela gestão da administração central (ADMC)²⁵⁴.

O diagnóstico traçado pela ADMC quanto o modelo de atenção vigente com enfoque na APS, trazia uma lista de críticas:

Ineficiência do modelo de atenção; Exclusão social e iniquidade; Fragmentação ou interrupção do cuidado; Insatisfação dos cidadãos; Inadequação no pagamento de incentivos financeiros; Insuficiência na quantidade e na qualificação técnica dos profissionais; e Inadequação das instalações físicas e insuficiência de equipamentos e insumos.²⁶¹

Dentre as críticas, constava que no início de 2017, mais de 40% das eSF consistidas (97 das 238 eSF), eram vinculadas a profissionais do Programa Mais Médicos. E que o gasto com gratificações a profissionais de saúde que não trabalhavam em equipes de Saúde da Família, porém atuavam em Centros de Saúde, podia chegar a 35% adicional nos salários, sem equivaler a mudanças no processo de trabalho. Neste aspecto, gastava-se mais com servidores que não atendiam aos quesitos que poderiam credenciar o DF a receber os incentivos à adesão ao modelo ESF (um total de R\$ 27.363.840,00 de repasse do Ministério da Saúde, estimado somente com os profissionais que aderiram posteriormente ao Converte)²⁶¹.

O Projeto Converte APS é analisado pela COAPS em relatório de acompanhamento de 01/12/2021²⁵⁴, e apresenta cinco quesitos:

(1) Dimensionamento de pessoal, por região de saúde; (2) Capacitação e avaliação do processo de conversão; (3) Nomeações e lotações de Médicos da Família e Comunidade; (4) Cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família; (5) Pesquisa de satisfação dos usuários com a Estratégia Saúde da Família – CODEPLAN.²⁵⁴

Neste documento²⁵⁴, esclarece-se que o projeto se deu através de adesão voluntária dos profissionais lotados na APS-DF, que foram submetidos a uma capacitação teórico-prática de 222 horas-aula pela Escola de Aperfeiçoamento do SUS (EAPSUS), ocorrida a parte teórica entre fevereiro e setembro de 2017, e o componente prático concluído em outubro de 2017.

O conteúdo mínimo da capacitação é elencado na portaria 78/2017:

Art. 8º Durante o processo de conversão, os servidores de nível superior de equipes de transição receberão a capacitação necessária para o desenvolvimento da prática da Estratégia Saúde da Família.

§ 1º A capacitação prevista no caput será obrigatória e envolverá, no mínimo, as seguintes competências, a serem desenvolvidas de forma teórica e prática:

- I - organização e funcionamento da Estratégia Saúde da Família;
- II - pré-natal de risco habitual, puerpério e rastreamento de câncer de mama e de colo uterino;
- III - crescimento e desenvolvimento de crianças até dois anos;
- IV - atendimento a pacientes hipertensos;
- V - atendimento a pacientes diabéticos;
- VI - atendimento à demanda espontânea em Atenção Primária.²⁵⁸

Um contingente de 168 médicos aderiram ao Converte, porém apenas 135 chegaram a realizar a capacitação e serem incluídos em equipes de transição, sendo que somente 116 realizaram a prova final exigida para esta categoria²³⁰, e por conseguinte, um total de 110 médicos efetivamente realizaram a mudança de “área” na SES-DF²⁷⁰ para Médico de Família e Comunidade (em distinção à “especialidade” Medicina de Família e Comunidade, esta que exigiria a comprovação de realização de prova de título ou residência médica). Se assumirmos que a integralidade dos aprovados solicitou mudança de especialidade e que 110 corresponde apenas aos que se submeteram ao Converte, então a aprovação na prova foi da ordem de quase 95% (um sucesso de aprovação!), ainda que o processo como um todo levou a conversão de pouco mais 65% dos médicos que inicialmente aderiram ao projeto.

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem participaram do Converte APS na composição das equipes de transição, sendo ofertada a capacitação aos enfermeiros e a estes é atribuída a tarefa de capacitar os profissionais de nível médio, em especial nas temáticas de “vacinação, classificação de risco e coleta de exames”²³⁰. 135 enfermeiros e 270 técnicos compuseram equipes de transição, e outros 72 enfermeiros e 144 técnicos aderiram ao Converte e formaram equipes de enfermagem, para serem completas com MFC nomeado por concurso²⁵⁴.

Dados da COAPS revelam que os concursos de 2014 e 2018 apresentaram distintas taxas de efetividade de provimento⁴⁹, sendo 52,8% e algo em torno de 25%, respectivamente. O concurso de 2018 teve a peculiaridade de exigir título de especialista para o cargo de MFC, que até então prescindia qualquer pré-requisito, restando apenas o cargo de médico emergencista para o acesso direto sem pré-requisito dentre os cargos de provimento médico na SES-DF. Nos dados disponíveis, até final de 2018, 161 MFC foram admitidos pelo concurso de 2014, e ao menos 34 tomaram posse no concurso de 2018²⁷⁰. Apenas com

⁴⁹¹⁷. Referente a taxa dos profissionais que efetivamente tomam posse dentre os já nomeados para o cargo.

nomeação por concurso, portanto, foram incorporados na gestão Humberto um total de 195 (cento e noventa e cinco) MFC, o que representa um salto no contingente desta especialidade na cidade, que estimava em 2017 um total de 150 especialistas em MFC em Brasília, sendo 90% já atuantes na SES-DF²⁶¹.

O Converte APS, isoladamente, por intermédio da mudança de área para MFC dos 110 médicos especialistas focais, permitiu um incremento na cobertura ESF da ordem de 36%, o que faria a Cobertura sair dos 34,1% em janeiro de 2017 para algo em torno de 48% em fevereiro de 2018, o que equivale a adscrever mais de 400mil pessoas à ESF em pouco mais de um ano. O conjunto das ações do Brasília Saudável é que permitiu o salto da cobertura para próximo dos 70% neste ano (quando considerada a média 3750 pessoas por equipe), incluindo as nomeações pelo concurso.

A Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) realizou inquérito^{264,265} telefônico em duas rodadas – 1ª rodada: no período de 7 de dezembro de 2017 a 11 de janeiro de 2018; 2ª rodada: no período de 9 de outubro a 30 de outubro de 2018 – no intuito de estabelecer a satisfação dos usuários com a Estratégia Saúde da Família antes e depois da “virada de chave” do Converte APS. Os resultados demonstram que ainda há uma persistência pela busca dos hospitais e prontos-socorros como porta de entrada do sistema de saúde, contudo, a realização de visitas domiciliares impactou significativamente a impressão do cidadão quanto à ESF, tendendo a avaliar melhor os profissionais e o serviço como um todo. A maioria dos entrevistados desconhecia o Projeto Converte APS.^{264,265}

Para analisar a satisfação dos usuários da APS da região Leste, Furlanetto²⁶⁶ *et al* (2020) realizou estudo transversal entre agosto/2018 e fevereiro/2019, com amostra estatisticamente significativa e nível de confiança de 95%, indicando que

a maioria demonstrou estar satisfeita, com 54,9% optando pelo item “Satisfeito” e 23,0% “Muito Satisfeito”. Quando questionados em relação à Chance de Recomendar o serviço para outras pessoas, prevaleceram as opções “Alta” (43,4%) e “Muito Alta” (17,7%).²⁶⁶

As pesquisas de satisfação, portanto, tem indicado uma boa avaliação das pessoas que usam os serviços da APS, com especial destaque para o papel da visita domiciliar como estratégia que melhor modula a avaliação de forma positiva (para os que recebem) ou negativa (para os que não recebem a visita domiciliar).

Toda a movimentação do setor saúde, com a implementação de reformas substanciais, tanto no modelo de gestão quanto no de atenção foram insuficientes para

garantir a reeleição do Governador Rollemberg, que perde em segundo turno para o advogado Senhor Ibaneis Rocha, em 2018.

5.2.4. Quarto Período: O Pós-Converte APS-DF (2019-atual)

Com a posse do Governador Ibaneis, a política que seria de oposição, transparece no setor saúde como uma continuidade na implementação das reformas incrementais no modelo de gestão e de atenção. Após o período de aceleração das reformas, durante a gestão do Secretário de Saúde Humberto Lucena, esta que apresenta características de Reforma em Mosaico²⁷⁴, ou um novo ciclo de reforma tipo Regional¹³, o Governo Ibaneis oportuniza maior expansão da cobertura da ESF, no modelo de atenção, enquanto promove a expansão do modelo de gestão via terceiro setor na atenção hospitalar, a partir da conversão do IHBDF ao Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), um serviço social autônomo (SSA) criado pela Lei nº 6.270/19²⁷⁵.

O Relatório do estudo de caso sobre o Brasília Saudável, executado por Bousquat²⁷⁶ *et al* (2019) por intermédio do laboratório de inovação da OPAS aponta que apesar dos indícios de um movimento de contraposição ao Projeto Converta APS envidado por setores corporativos junto ao recém eleito Governo Ibaneis, o que recebeu a alcunha de “Reverte”, não se observou na condução do estudo de caso quaisquer indícios de uma movimentação política ampla para uma reversão do modelo de atenção aos moldes de equipes tradicionais, ou mesmo a reinserção de pediatras no contexto da APS-DF, o que é reforçado através da transcrição de falas de gestores que compunham a atual gestão.

Dada a contemporaneidade dos fatos e a limitação de evidências disponíveis para esse período, cabe destacar alguns aspectos deste quarto período e seu reflexo no reordenamento do modelo de atenção da APS-DF: Expansão e Qualificação da Residência em MFC no DF; uma pandemia que reforçou o modelo ESF; crise institucional diante das denúncias de corrupção no âmbito do IGESDF.

O relatório de gestão confeccionado na forma de livro²⁶¹ da Gestão Humberto já descrevia o crescimento do programa de residência em MFC no DF. Atualmente, Brasília conta com três instituições que oferecem o Programa de Residência em MFC (PRMMFC): UnB (com 03 bolsas); FIOCRUZ (com 12 bolsas) e ESCS (com 50 bolsas). Isso implica em assinalar que daqui a dois anos, cerca de 60 MFC estarão disponíveis para serem absorvidos

pela SES-DF por intermédio de concurso ou contrato emergencial, as duas modalidades vigentes. Contudo, essa década demonstra um padrão de lançamento de concursos para MFC com intervalo longo de ausência da concursos (os últimos editais foram de 2010, 2011, 2014 e 2018).

Soma-se a expansão dos PRMMFC com a promulgação da Portaria 928/2021¹²⁸, que estimula o residente de MFC a assumir equipe na APS através da complementação da bolsa com o valor adicional de R\$ 7.536,00.

O Governo Ibaneis no ano de 2019 foi ativo em promover a expansão do modelo de gestão do Hospital de Base para boa parte da rede de Urgência e Emergência, assumindo a gestão das Unidades de Pronto Atendimento e do Hospital Regional de Santa Maria. Com isso, um orçamento importante da SES-DF foi deslocado para o IGESDF. Este aspecto teve impacto não apenas na atenção hospitalar, mas em toda a RAS do DF. Dois exemplos disso para a APS é a realização de contrato emergencial de ACS através do IGESDF, por ocasião do enfrentamento da dengue, que foi ofuscada com a chegada da Pandemia de COVID-19 à Brasília. E o outro aspecto se dá no próprio contexto da pandemia, tendo em vista que parte dos insumos e dos testes rápidos empregados na ampliação da testagem do COVID-19 nas UBS foram adquiridos pelo IGESDF.

A pandemia trouxe importantes consequências para a dinâmica de trabalho da APS-DF, imprimindo um fluxo distinto para os sintomáticos respiratórios, restrição de atendimentos eletivos e de atividades coletivas, além de suspensão momentânea das atividades colegiadas, como as reuniões de equipe. Uma série de normativas (portarias, decretos, notas técnicas) foram produzidas neste período, com modificações às vezes semanais nas atividades dos diversos serviços da RAS. Com a chegada da vacina e melhor compreensão da dinâmica da infecção pelo SARS-CoV-2, a população do DF foi impulsionada a buscar a APS para acesso tanto a testagem do COVID-19 quanto à vacinação. Essas impressões de um pesquisador que se insere no cotidiano da APS na região central do DF ainda carecem de dados que analisem os efeitos desse movimento na legitimidade do trabalho na ESF, contudo, experiências exitosas no enfrentamento da COVID-19 pelas equipes da APS-DF já estão descritas, como o telemonitoramento pelas equipes de Samambaia Norte, ou mesmo a criação de um painel digital para acesso pelas EqSF com dados epidemiológicos do território da Região de Saúde Norte²⁵⁸.

Quadro 14. Linha do tempo da APS/MFC no DF. Quarto Período: pós-Converta APS-DF (2019-2021)

Datas x Eixos	Especialidade Medicina de Família e Comunidade	Gestão	Assistência	Ensino
2019	APS ascende no MS ao status de Secretaria, sob coordenação de MFC egressos da SBMFC	<ul style="list-style-type: none"> - MS assume a diretiva da Nova Gestão Pública: foco em resolubilidade, eficiência, resultados em saúde, mudanças na lógica de financiamento e de gestão, e criação da lista de 07 desafios para enfrentar as disfunções da APS do SUS. - Lançamento do QUALIS APS; - PLANIFICA DF é expandido para as outras regiões de saúde do DF; - IHBDF é convertido em IGESDF, assumindo a gestão indireta de diversos serviços de urgência/emergência do DF (HRSM, UPA). 	<ul style="list-style-type: none"> - Nomeados 10 EFC e 09 MFC do concurso de 2018; 	<ul style="list-style-type: none"> - Criação do PRMMFC Fiocruz-Brasília. - Abertura do curso de Medicina na UNIEURO – 100 vagas/ano (Privada)
2020	1ª disputa de chapas para eleição da diretoria da SBMFC: grupo de oposição é eleito.	<ul style="list-style-type: none"> - Várias iniciativas de enfrentamento à COVID-19 são lançadas, sendo a APS a porta de entrada prioritária para casos sintomáticos respiratórios leves e moderados sem fator de risco; 	<ul style="list-style-type: none"> - Nomeados 152 EFC e 163 MFC do concurso de 2018, zerando o cadastro de reserva de MFC deste concurso; 	
2021			Nomeados 81 EFC até out/21, referente ao concurso de 2018.	Complementação de Bolsas dos três PRMMFC do DF (FIOCRUZ, ESCS e UnB) ¹²⁸

Fonte: adaptado de Nabuco¹⁹² et al (2018, p. 2223).

O mesmo fator que impulsionou a consolidação da ESF através do enfrentamento da COVID-19, é o desencadeador de crise institucional que levou à prisão preventiva o

ex-Secretário de Saúde e ex-diretor presidente do IGESDF, Sr. Francisco Araújo, pela operação falso negativo, que investigou fraude na licitação de testes para a COVID-19.²⁶²

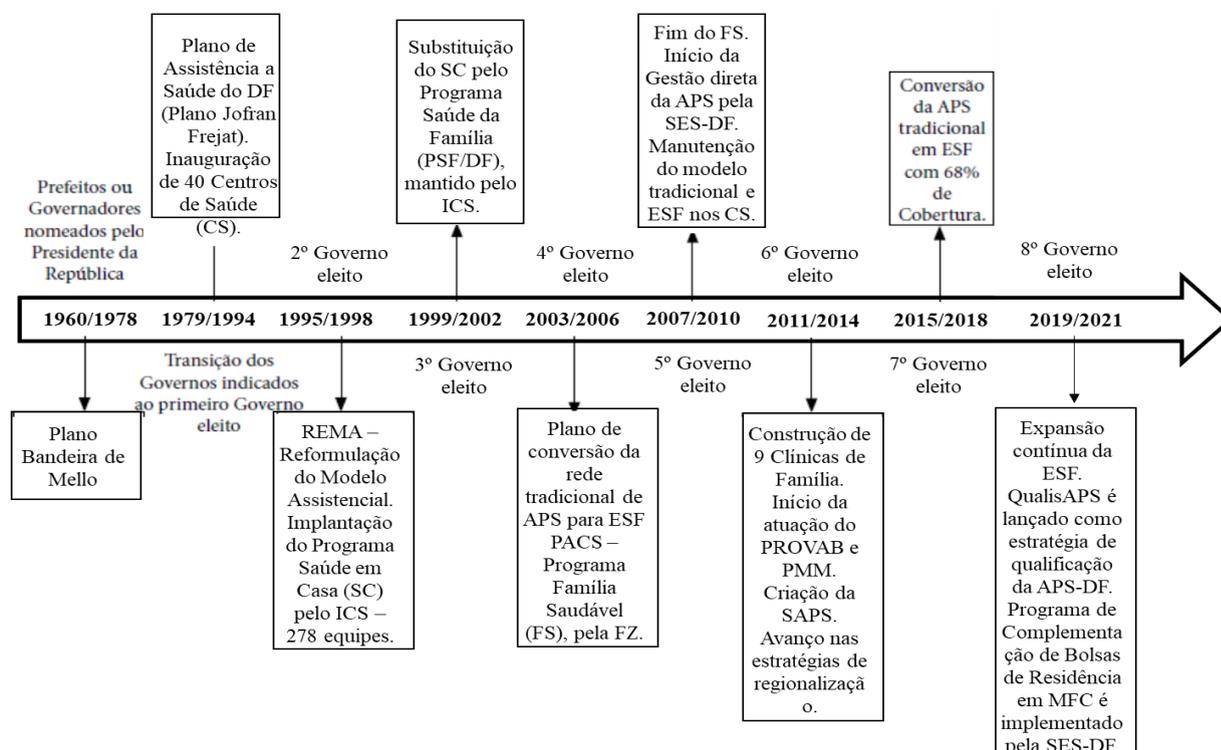


Figura 25. Cronologia das principais ações de reordenamento da Atenção Primária À Saúde do DF – 1960-2021.

Adaptado de Gottems¹⁹⁶ (2019 p. 1999).

Dois aspectos deste contexto de pós-CONVERTE-APS chamam a atenção: a clara expansão do número de equipes de saúde da família, com conseqüente incremento na cobertura populacional, que chega a níveis de cerca de 61% (68% conforme a parametrização de 4000 pessoas por equipe estabelecida pela portaria 77/2017 para efeito de cálculo apenas no DF) em 2018¹⁹⁶, conforto pode ser visualizado na Tabela 4; além da expansão e articulação em rede do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Comunidade, conforme descrito nos já apresentados quadros 13 e 14.

A figura 26 auxilia a contextualizar os cenários da APS no DF, sendo marcados no mapa os cenários do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da ESCS/FEPECS no seu segundo ciclo de expansão, ainda antes do Programa de Complementação de Bolsas, este que está sendo instituído no momento do fechamento deste trabalho (2021).



Figura 26. Mapa dos cenários MFC SESDF 2021

Fonte: My maps, Google, 2021.⁵⁰, acessado em 15 jun. 2021.

À exceção da implantação do IGESDF e da política de complementação de bolsas dos residentes de MFC, não há um projeto norteador que tenha mobilizado os atores da APS para uma nova reorientação do modelo de atenção neste período Pós-CONVERTE. Este breve registro histórico destes quatro períodos é complementado com os tópicos seguintes, que enfocam nos dados qualitativos advindos das entrevistas, antecedido pelo estudo do perfil dos participantes da pesquisa.

⁵⁰¹⁸. Mapa produzido pelo Dr. Thiago Sazaki por ocasião do acolhimento aos novos residentes de MFC/ESCS 2021 e gentilmente cedida para reprodução no contexto deste estudo. Disponível em:
<https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1vz8zNvs3QX7TFiBS2fXAx0qsQNhqG2jK&u sp=sharing>.

5.3. Estudo descritivo dos participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa (Gráfico 9) foram entrevistados conforme roteiro semiestruturado (Apêndice A). Na parte “A” deste roteiro, buscou-se caracterizar o perfil dos entrevistados, com características sociodemográficas (idade, sexo/gênero, formação básica, especialização), além de sua experiência profissional em três esferas: Atenção/Assistência; Gestão em Saúde; Formação/Ensino. Ver tabela 12.



Gráfico 9. Distribuição dos Entrevistados por Grupo.

Fonte: elaborado pelo autor

5.3.1. Perfil dos Entrevistados

Os entrevistados apresentaram uma distribuição não-intencional igualitária entre os que se identificaram como pertencentes ao sexo/gênero feminino ou masculino. Não houve recusa em obter esta informação, ainda que no roteiro estivesse previsto isso, nem mesmo algum entrevistado se identificou com outro gênero distinto aos masculino/feminino.

Na divisão por grupo, percebe-se que a maioria dos entrevistados se identificou com o sexo masculino nos grupos F e N, enquanto o Grupo G teve maior número de entrevistados que se identificou com o sexo feminino. O grupo P teve distribuição homogênea, conforme pode-se visualizar no gráfico 10 (a seguir).

CARACTERÍSTICA	N	PERCENTUAL
SEXO		
Feminino	11	50%
Masculino	11	50%
FAIXA ETÁRIA (ANOS)		
31-35	3	14%
36-45	13	59%
46-55	4	18%
56-65	2	9%
CURSO DE GRADUAÇÃO (SAÚDE)		
Medicina	19	86%
Enfermagem	3	14%
TEMPO DE FORMATURA NA GRADUAÇÃO (ANOS)		
>05 a 10	3	14%
> 10 a 15	8	36%
> 20 a 25	5	23%
> 25 a 30	4	18%
> 30	2	9%
CURSO PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU		
Nenhum	11	50%
Mestrado Profissional	5	23%
Mestrado Acadêmico	6	27%
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU		
Título de MFC	6	27%
Residência em APS	7	32%
Subespecialidade Médica	5	23%
Residência em AH	6	27%
Outras especialidades	19	86%
TEMPO DE ATUAÇÃO ASSISTENCIAL (ANOS)		
>05 a 10	7	32%
> 10 a 15	5	23%
> 20 a 25	6	27%
> 25 a 30	2	9%
> 30	2	9%
ATUAÇÃO GESTÃO		
CNE MS/MEC	2	9%
CNE SES-DF	8	36%
Outros cargos MS/MEC	1	5%
Outros cargos SES-DF	11	50%
ATUAÇÃO EM ENSINO/FORMAÇÃO		
Não	1	5%
Sim, público somente	8	36%
Sim, privado somente	3	14%
Sim, público e privado	10	45%

Tabela 12. Perfil dos entrevistados

Fonte: autoria própria.

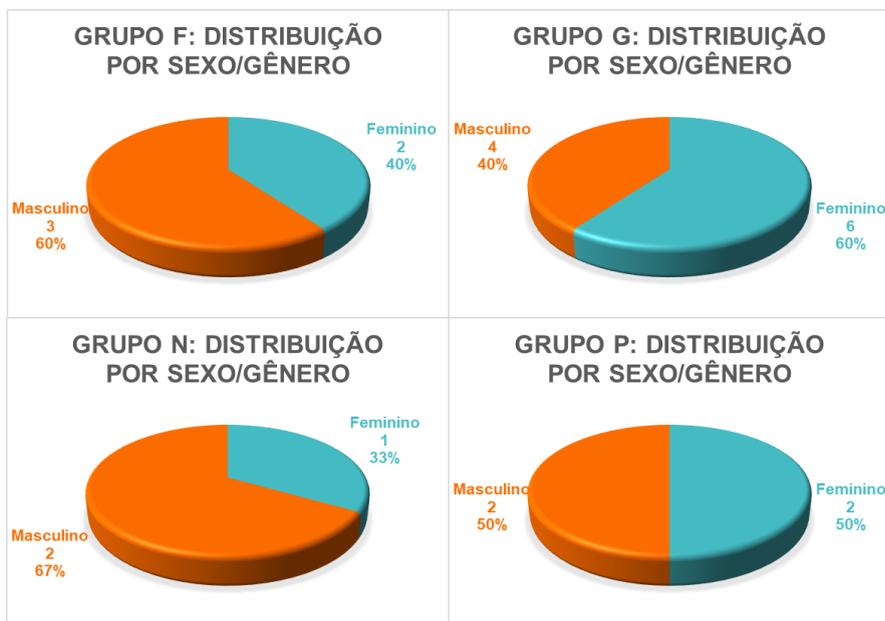


Gráfico 10 Distribuição dos entrevistados por sexo/gênero conforme Grupo

Fonte: Elaborado pelo autor

A maioria dos entrevistados é adulto jovem, com maior concentração na faixa-etária de 36-45 anos (total de 13 entrevistados), com idades variando de 33 a 60 anos. O grupo F predominou a presença de entrevistados com menos de 45 anos, assim como nos demais grupos, com maior equilíbrio no grupo G, ainda que com predominância de entrevistados mais jovens (60% dos entrevistados com idade abaixo dos 45 anos). (Gráfico 11).

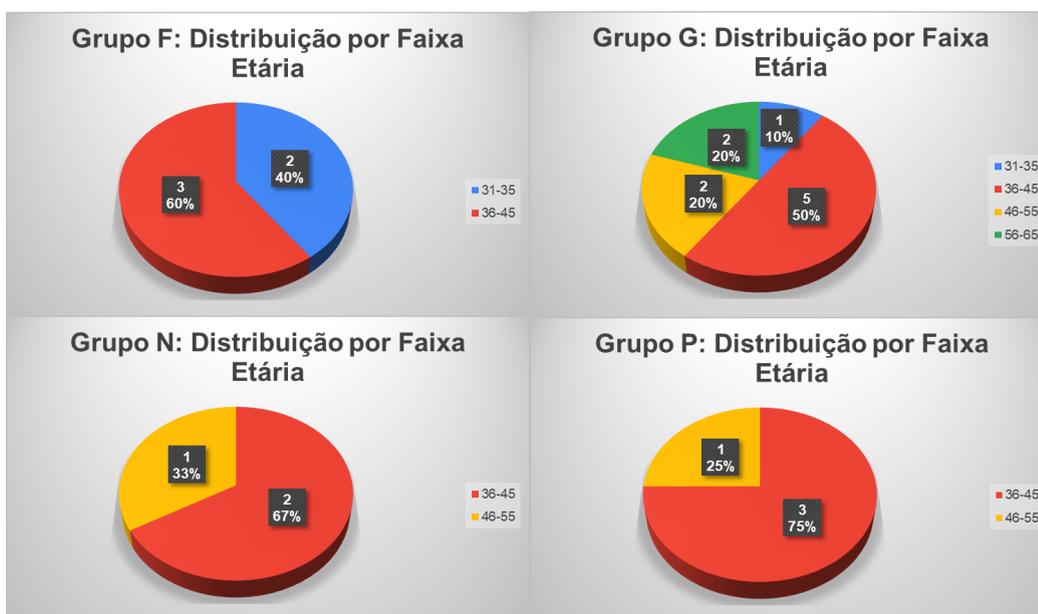


Gráfico 11. Número de entrevistados por Faixa Etária conforme Grupo

Fonte: Elaborado pelo autor

5.3.2. Formação em Saúde

Curso de Graduação

A maioria dos entrevistados cursou medicina (19 em um total de 22 = 86,4%) por uma característica do próprio objeto de pesquisa que, ao delimitar os profissionais com atuação na atenção, gestão ou formação em saúde no DF com enfoque na APS na última década, acabou por acionar um maior número de médicos, em especial os com formação em Medicina de Família e Comunidade e Comunidade, para participar como possível entrevistado da pesquisa.

Os entrevistados com formação em enfermagem, de modo não-intencional, concentraram-se no grupo G

5.3.3. Tempo de formado

O tempo de formatura na graduação também foi questionado, especialmente por atenção aos critérios de exclusão (menos de três anos de formado impede a participação na pesquisa, pelo desenho elaborado). A maioria dos entrevistados apresentava mais de dez anos de formado em seu curso de graduação, com maior concentração entre 10 e 15 anos de formado (8 em um total de 22).

Quando observado em cada grupo, os entrevistados com menos tempo de formado, no caso menos de 10 anos, só não estão presentes no Grupo N, que contempla profissionais inclusive com mais de 15 anos de formado, o que pode influir na maior criticidade deste grupo frente à sua realidade de trabalho e à política de saúde implantada. O Grupo G, com maior número de entrevistados, conta com profissionais menos experientes, até mesmo os que têm mais de 30 anos de formado, provavelmente mais próximos da aposentadoria.

Especialização - Strictu sensu

O item 4 do roteiro buscou caracterizar o grau de formação acadêmica e de especialização dos entrevistados. O subitem 4.1 traz a formação mais estruturada e de enfoque acadêmico, no qual se incluiu os mestrados profissional e acadêmico, além do doutorado. Nenhum entrevistado referiu titulação de doutor, enquanto metade dos entrevistados realizou algum tipo de mestrado.

A outra metade dos entrevistados não realizou mestrado ou doutorado. Em relação ao universo de trabalhadores da saúde, trata-se de amostra com nível de formação ampliado, o que se reforça com o subitem 4.2.

Lato sensu:

Todos os entrevistados possuíam ao menos uma pós-graduação, em sua maioria com enfoque na formação clínica, porém se nota com bastante frequência a formação em temáticas da Saúde Coletiva. A Figura 27 (abaixo) traz a distribuição dos cursos referidos pelos entrevistados que, por possuírem por vezes mais que duas especializações, contabiliza número superior ao número de entrevistados.

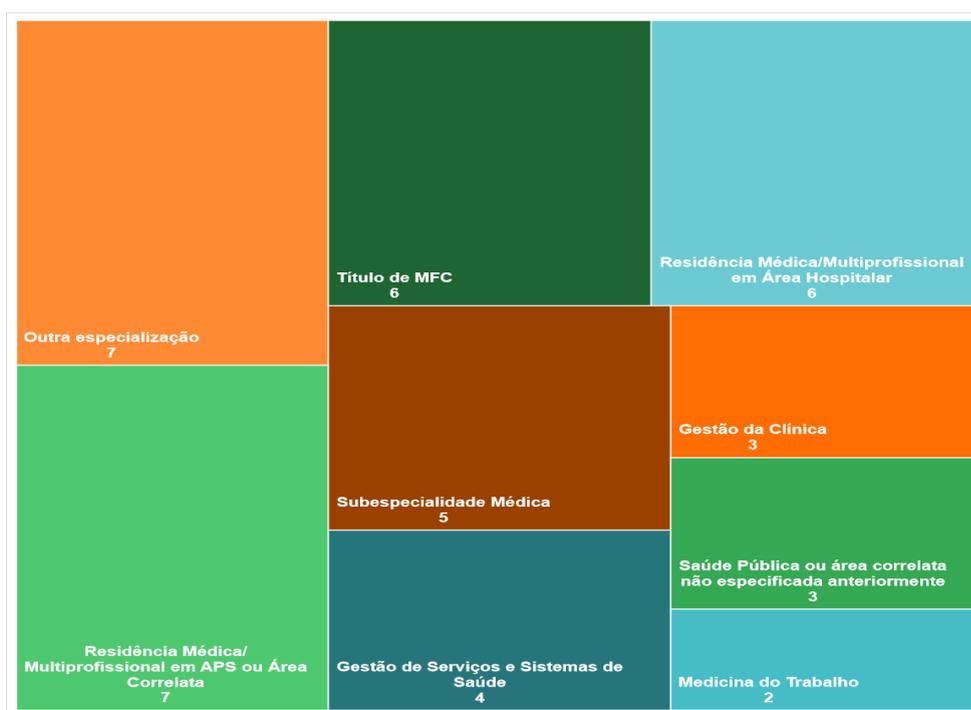


Figura 27. Mapa de árvore dos entrevistados por especialização Lato sensu

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.3.4. Histórico Ocupacional/Experiência profissional (Atenção, Gestão e Formação):

Neste ponto da entrevista, parte-se dos dados de gênero, idade e formação básica e complementar para o histórico ocupacional do entrevistado. As três esferas elencadas (Atenção, Gestão e Formação) são confrontadas com outros dois elementos:

- Público x Privado
- Nível de atenção: primário x secundário x terciário.

O primeiro elemento busca identificar aspectos da carreira profissional dos entrevistados com distintas práticas gerenciais e assistenciais. Uma maior atuação em serviços públicos, especialmente no âmbito do Distrito Federal, poderá ser significativa de maior contato com a realidade local, maior trânsito e contato profissional dentro da Rede de Atenção à Saúde e maior capacidade de identificação de elementos críticos ou potenciais para desenvolvimento de seu trabalho.

Em paralelo, a participação em distintos níveis de atenção pode denotar maior ou menor clareza do trabalho da Atenção Primária à Saúde, ou mesmo a incorporação de práticas e racionalidades que possam influir no seu entendimento da organização do trabalho e implantação de políticas de saúde.

5.3.5. Experiência profissional na atenção/assistência à saúde

O tempo de formatura de graduação guarda maiores semelhanças com o tempo de atenção em serviços públicos. Percebe-se, ainda, que todos os entrevistados têm experiência assistencial em serviços públicos, inclusive superior a 05 anos, enquanto a maioria dos entrevistados têm menos de 05 anos de atuação assistencial em serviços privados, sendo que metade dos entrevistados possuem menos de 02 anos de atuação em serviços privados. O Gráfico 12 individualiza o tempo de atuação assistencial entre os entrevistados.

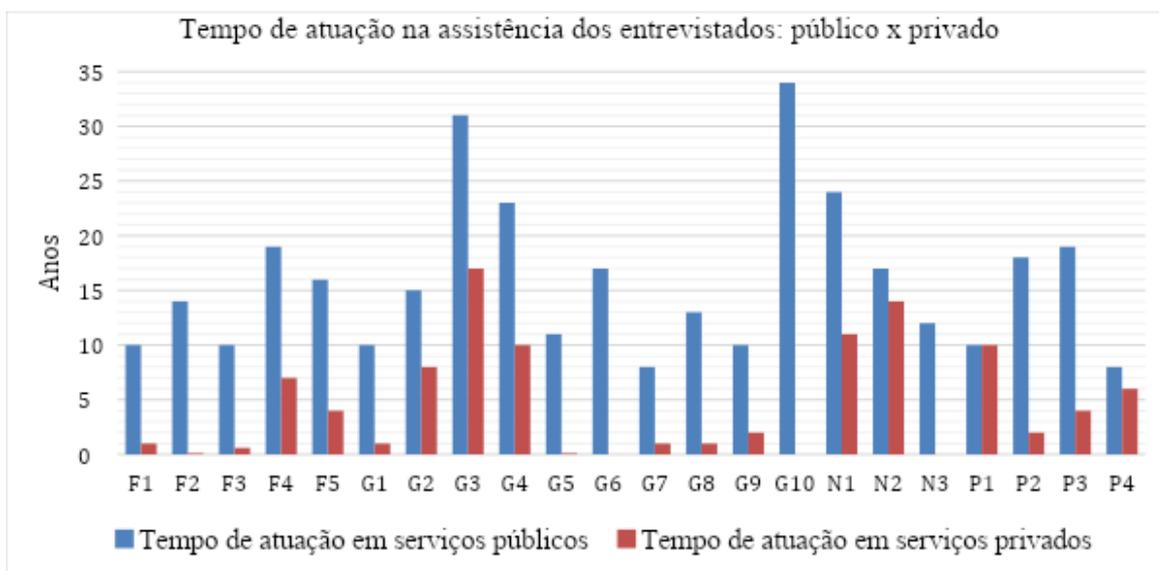


Gráfico 12. Entrevistados por tempo na assistência em serviços: privado x público

Fonte: elaborado pelo autor.

Quando ordenado por tempo crescente de atividades assistenciais no público e, na sequência, no privado, se esclarece que o Grupo P e a maior parte do Grupo N apresentam experiência assistencial no privado superior a dois anos, alguns desses com mais de 05 anos de experiência.

Metade dos gestores entrevistados têm quinze anos ou mais de experiência assistencial no público. (Gráficos 13 e 14).

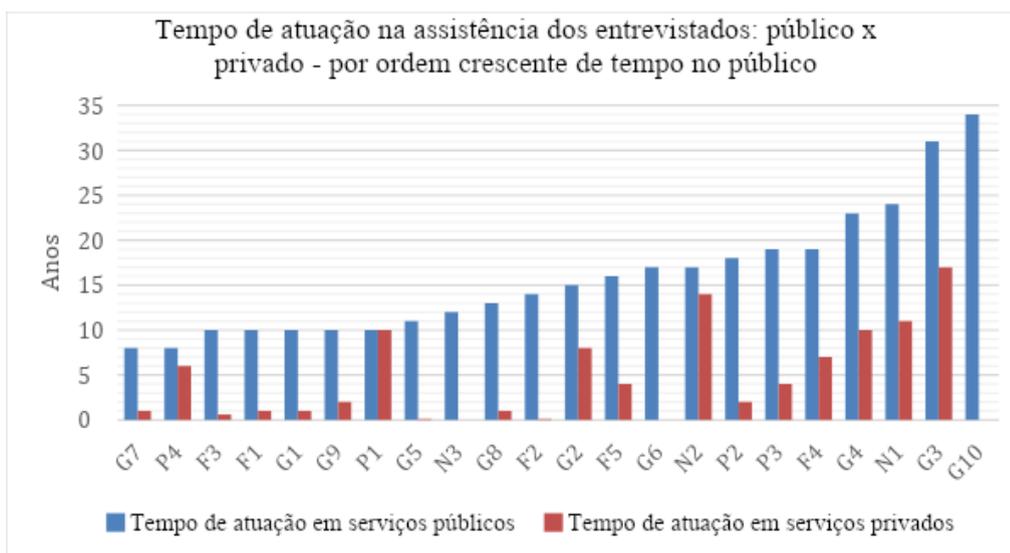


Gráfico 13. Entrevistados por tempo na assistência em serviços: privado x público – ordenado por tempo crescente no público

Fonte: elaborado pelo autor.

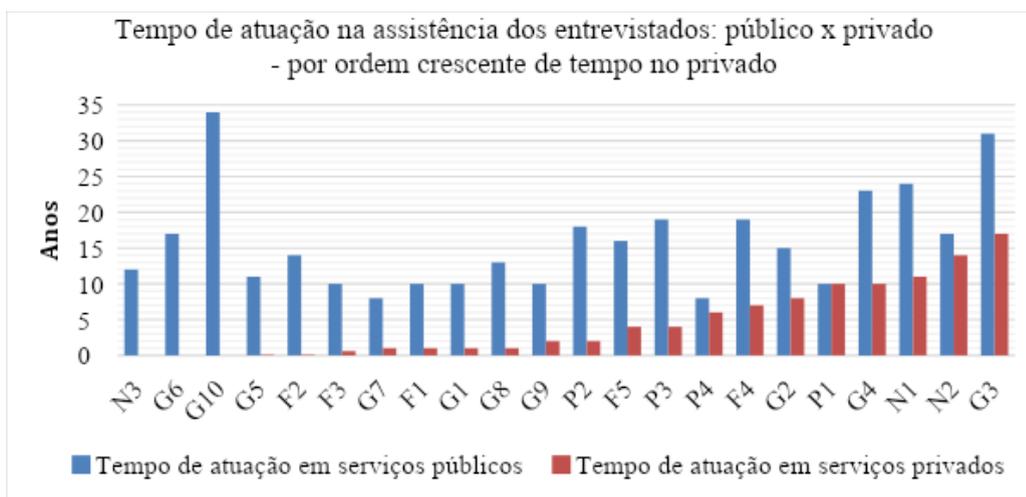


Gráfico 14. Entrevistados por tempo na assistência em serviços: privado x público – ordenado por tempo crescente no privado

Fonte: elaborado pelo autor.

Tempo de atuação em serviços de APS

O tempo de atuação assistencial (Gráfico 15, abaixo), quando individualizado por entrevistado e correlacionado com os níveis de atenção, há predominância do componente de Atenção Primária à Saúde (APS) como maior experiência assistencial na maioria dos entrevistados, algo esperado pelo recorte da pesquisa, contudo, chama a atenção a evidência de que metade dos gestores e a maioria dos participantes do curso de conversão de modelo/Converte entrevistados têm mais de 05 anos de experiência assistencial nos outros níveis de atenção. O grupo P, composto por profissionais médicos com formação complementar de base hospitalar explica em parte esse aspecto.

Buscou-se, então, descrever o tempo de atuação assistencial ordenado pelo tempo crescente de experiência na APS e, sequencialmente, na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) – equivalente à atenção secundária; e na Atenção Hospitalar (AH) – equivalente à atenção terciária. (Gráfico 14).

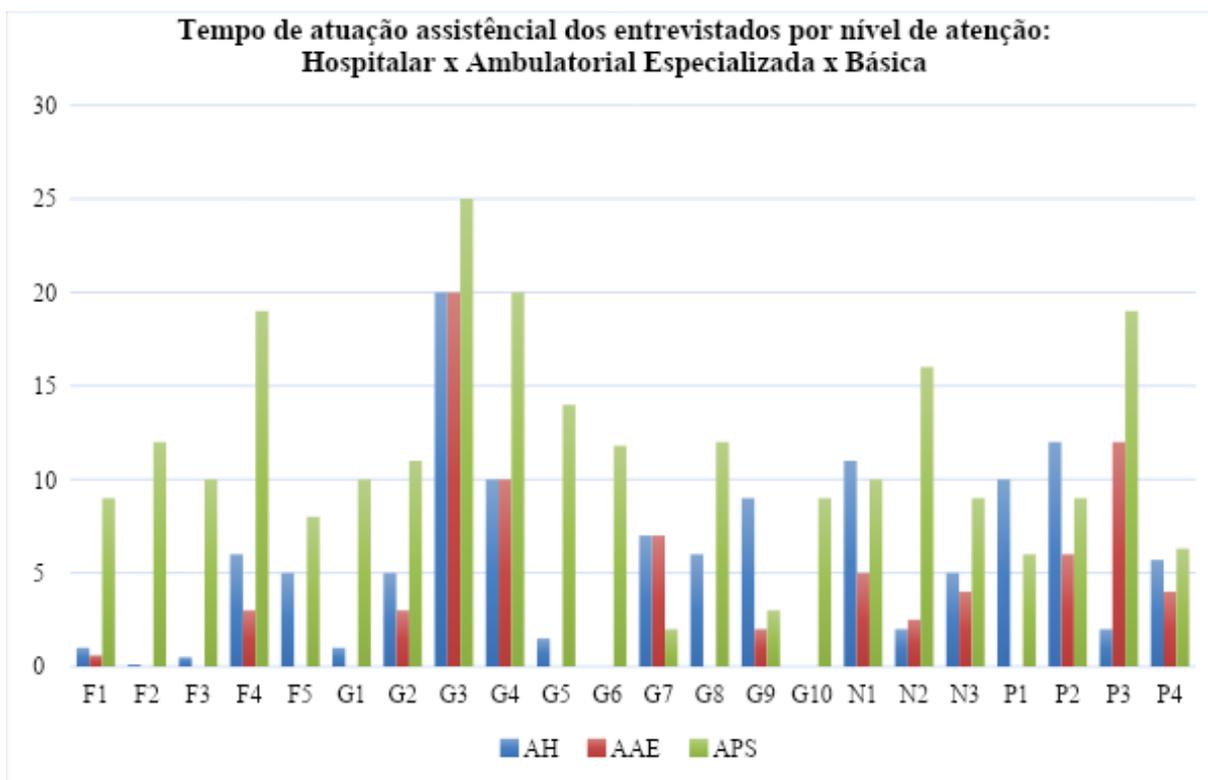


Gráfico 15. Tempo de atuação assistencial dos entrevistados por nível de atenção

Fonte: elaborado pelo autor.

Note-se que os gestores em saúde estão distribuídos entre os que têm mais e os que menos têm experiência profissional na assistência na APS. Os participantes e os não-participantes/críticos do Converte estão, junto com alguns gestores, entre os que mais têm experiência na assistência na AAE. Já na AH, os entrevistados com maior tempo assistencial nesse nível de atenção são em sua maioria gestores, sendo metade deles mais experiente em AH que todos os facilitadores do curso de conversão e mais que ao menos um dos participantes do Converte. Ressalta-se que um dos gestores, um dos mais experientes dentre os entrevistados, é o que possui tempo de atividade profissional mais longo em quaisquer dos níveis de atenção. Ver gráfico 16.

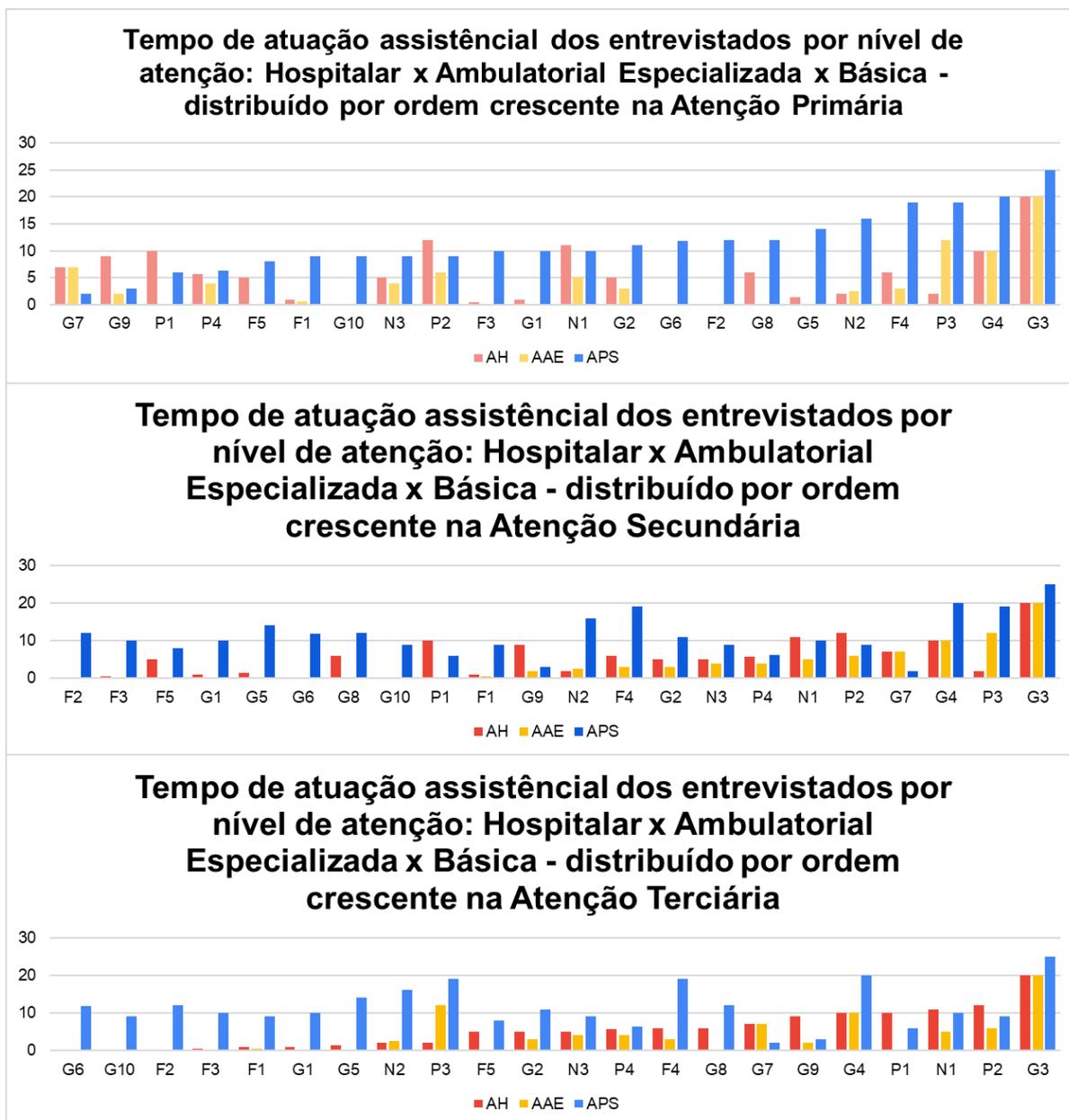


Gráfico 16. Tempo de atuação assistencial dos entrevistados por nível de atenção – ordenado por ordem crescente de experiência na APS, AAE e AH

Fonte: elaborado pelo autor.

5.3.6. Experiência profissional da gestão em saúde

A gestão em saúde, pela sua característica multifacetada, que extrapola a simples nomeação de cargos de confiança, foi um dos elementos constantes no roteiro. Foram questionados os mesmos elementos descritos na esfera assistencial, porém, buscou-se ainda caracterizar o maior nível de gestão que o entrevistado já ocupou.

Interessante apontar que todos os entrevistados referiram ao menos uma atividade de cunho gerencial, seja cargo de natureza especial (CNE) – Ministro, Secretário, Secretário-adjunto, Subsecretário, Coordenador, Diretor) – no Ministério da Saúde (MS), no Ministério da Educação (MEC) ou na SES-DF; ou mesmo algum outro cargo nestas instituições – apoiador, gerente, supervisor, chefe. Este aspecto pode estar relacionado à metodologia de seleção dos entrevistados, porém não foi algo intencional desta pesquisa.

Os entrevistados relataram experiência profissional gerencial, majoritariamente em serviços públicos, ainda que alguns dos entrevistados tenham mencionado também experiência gerencial na iniciativa privada. Com isso, verifica-se que nenhum dos entrevistados tem experiência profissional isoladamente em serviços privados.

Quanto ao tempo de atuação na gestão, a maioria dos entrevistados de grupos distintos ao G (P, F e N, no caso), aqui expressos como *não-G*, declararam experiência gerencial inferior a 5 anos (11 de um total de 12 entrevistados *não-G*). A maioria dos entrevistados do grupo G referiram mais de 05 anos de experiência em gestão, sendo dois deles mais de 10 anos de experiência gerencial. (Gráfico 17).



Gráfico 17. Entrevistados por Tempo de atuação na gerência de serviços públicos x privados
Fonte: elaborado pelo autor.

Quando ordenado pelo tempo crescente de experiência na gestão pública, percebe-se uma distribuição considerável de gerentes com pouca experiência de gestão, com menos de 05 anos de experiência, em paralelo com um grupo de gerentes com maior experiência de gestão. Alguns poucos entrevistados não-G, no caso um facilitador e um não-participante/crítico do Converte também possuem mais de 05 anos de experiência em gestão. (Gráfico 18).

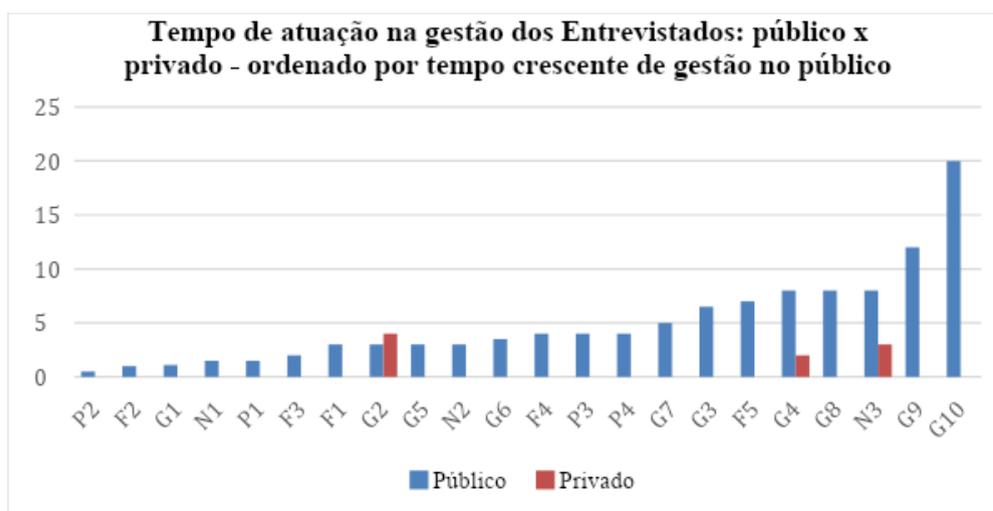


Gráfico 18. Entrevistados por Tempo de atuação na gerência de serviços públicos x privados – ordem crescente de experiência na gestão pública

Fonte: elaborado pelo autor.

Já quando observado o tempo de gestão por ordem crescente de experiência nos serviços privados (Gráfico 19, abaixo), nota-se que apenas dois gestores, sendo um mais experiente, além de um não-participante/crítico do Converte APS são os três únicos entrevistados com referida experiência de gestão privada.



Gráfico 19. Entrevistados por Tempo de atuação na gerência de serviços públicos x privados – ordem crescente de experiência na gestão pública

Fonte: elaborado pelo autor.

5.3.6.1. Tempo de gestão em serviços de APS

Em se tratando de pesquisa com enfoque na política de APS, é esperado que dentre os profissionais com experiência em gestão da saúde, essa experiência se dê mais nitidamente na própria APS, em detrimento dos outros níveis de atenção. Isso fica visível no (Gráfico 20, abaixo), que revela ainda que mais da metade dos entrevistados possui mais de dois anos de experiência de gestão na APS, com maior concentração destes na faixa entre 02 e 05 anos de experiência.

Por sua vez, a experiência de gestão em AAE aparenta ser incipiente, tanto em número de entrevistados quanto em tempo de experiência, que variou de seis meses a quatro anos, com apenas 02 entrevistados com mais de 02 anos de experiência neste nível de atenção. Semelhantemente, a gestão em AH está presente na experiência de uma minoria de entrevistados, com tempo variando de 01 a 05 anos de atuação, sendo que este último é representado por apenas 01 entrevistado com mais de dois anos de experiência.

A presença de entrevistados com mais de 10 anos de experiência de gestão em APS é um indicador de maior consistência dos dados revelados pelas entrevistas, além de poder indicar a potencialidade de manutenção de políticas mais perenes e, possivelmente, menor rotatividade, ainda que não seja algo que as entrevistas tenham confirmado e que pode estar limitado a algumas esferas de gestão apenas.

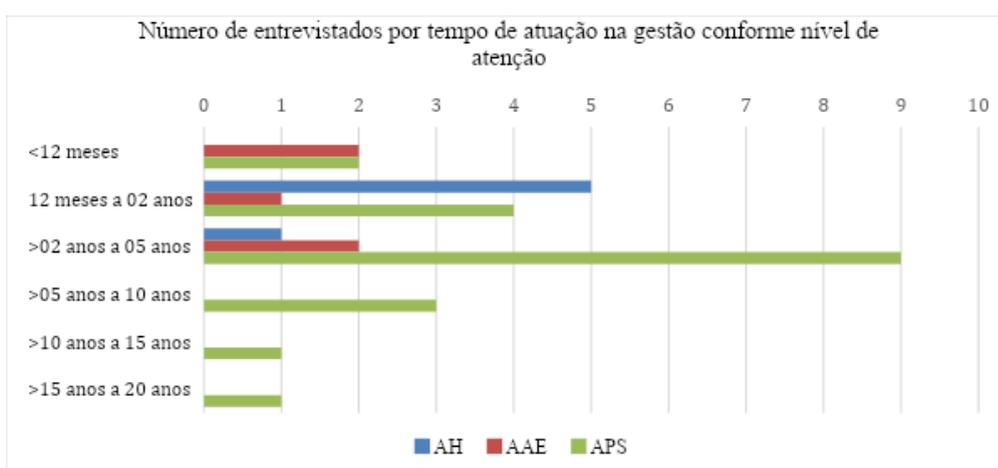


Gráfico 20. Entrevistados: Tempo de atuação na gestão por nível de atenção

Fonte: elaborado pelo autor

Ao se observar os entrevistados ordenados por ordem crescente de experiência de gestão na APS (Gráfico 21), percebe-se semelhança com o gráfico 18, o que indica que o tempo de experiência de gestão dos entrevistados que possuem maior experiência em gestão

pública, em sua maioria desempenhou essa atividade na gestão da APS. De forma semelhante, ao menos dois dos três entrevistados que possuem experiência em gestão privada estão entre os três com maior tempo de gestão na AH, enquanto a AAE foi indicada como nível de atenção no qual se desempenharam atividades gerenciais por entrevistados dos 04 grupos elencados para a pesquisa.

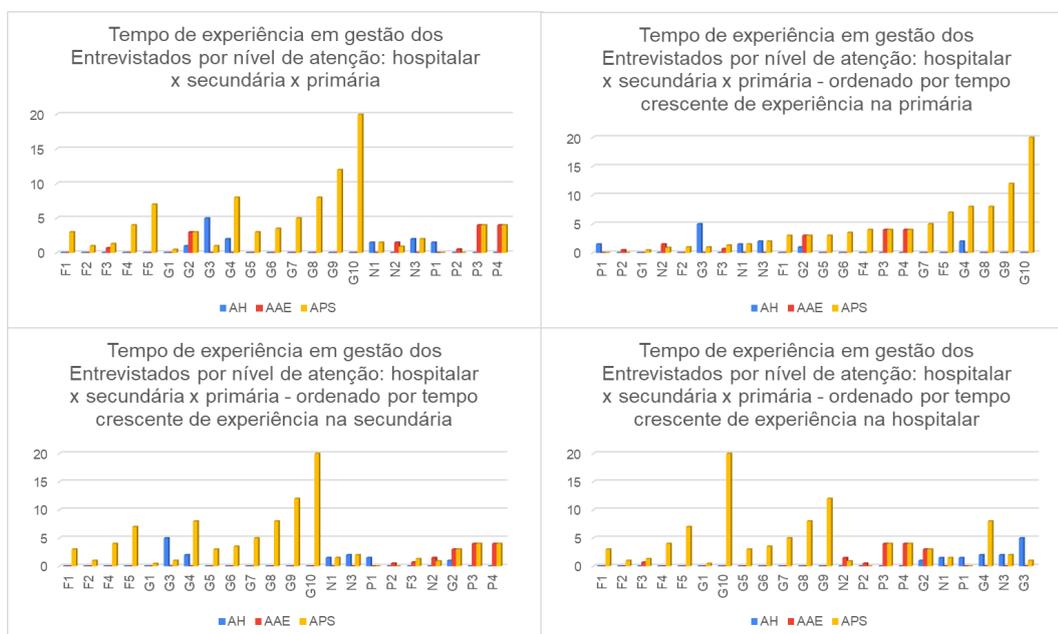


Gráfico 21. Tempo de atuação dos entrevistados na gestão por nível de atenção ordenado por grupo e experiência crescente

Fonte: elaborado pelo autor.

Maior nível de gestão pública de saúde em que atuou:

A pesquisa alcançou diferentes níveis de gestão, tanto de cargos de maior capacidade de decisão e planejamento das políticas de saúde, bem como entrevistados com maior inserção nos pontos assistenciais da RAS, com atribuições mais executivas. O gráfico 22 demonstra a distribuição dos entrevistados frente ao maior cargo de gestão ocupado, não importando indicar o atual cargo.



Gráfico 22. Distribuição dos entrevistados conforme maior cargo de gestão ocupado

Fonte: elaborado pelo autor

5.3.7. Atuação em formação/docência na saúde

Compreendida como uma terceira esfera de atuação profissional, buscou-se descrever a experiência dos entrevistados com as atividades de ensino/ e, por conseguinte, identificar se a experiência se deu junto a instituições de ensino/serviço públicas ou privadas. Percebe-se que, excetuando um entrevistado, a maioria revelou alguma participação nessa esfera de atuação.

Elencou-se como experiência de ensino tanto docência como preceptoria de alunos e de residentes, sejam eles da residência médica ou multiprofissional ou mesmo atribuições correlatas, como tutoria, mentoria e supervisão. A maioria dos entrevistados indicou experiência em ensino junto a instituições públicas, ainda que mais da metade tenha mencionado também experiência na formação em instituições privadas.

Ensino Público ou privado?

O tempo de experiência na docência entre os entrevistados se dividiu entre os que tinham mais de 05 anos e a outra metade menos de 05 anos de experiência. Um total de dezesseis entrevistados revelaram experiência de tempo de ensino entre 02 e 10 anos e 03 deles indicaram mais de 10 anos de experiência de ensino na saúde.

Vínculo profissional atual

Todos os entrevistados se identificaram como servidores públicos, com ao menos 30h semanais de carga horária.

5.4. Perscrutando o conteúdo das entrevistas

Da leitura flutuante do corpus da pesquisa, uma série de temas emergem, sendo categorizados e reconstituídos de forma narrativa, conforme o Quadro 15 a seguir.

Os entrevistados não tiveram seus nomes citados, e o gênero/sexo foi atribuído aleatoriamente para preservação de suas identidades. As referências às falas dos entrevistados foram individualizadas pelo código atribuído a cada participante. Os trechos da entrevista foram citados ao longo dos próximos tópicos, em itálico, para distinguir das citações diretas longas já utilizadas ao longo da tese.

A partir desse quadro, é possível depreender a existência de outras questões que atravessavam a gestão da Atenção Primária à Saúde de Brasília relacionadas com os recursos humanos, mais precisamente com os médicos. Em realidade, existia uma grande quantidade de médicos considerados generalistas, concursados para prover a Atenção Básica, que utilizavam o concurso para outros fins, como fazer especializações e não atendendo aos fins para os quais foram concursados, assim, ocupando vagas e até impedindo novas contratações. Mais que isso, recebendo um adicional ao qual não faziam jus.

Quadro 15. Síntese narrativa do conteúdo das entrevistas

I.Olhares sobre um passado não tão distante...
<ul style="list-style-type: none"> a. Os antigos centros de saúde b. Perfil dos profissionais dos Centros de Saúde c. Modelo focado no médico
II.... um diagnóstico: ineficiência da APS no DF! Queremos Brasília Saudável!
III.Uma gestão feita por MFC
<ul style="list-style-type: none"> a. O diagnóstico foi financeiro? LRF como propulsora ao Converte. b. Converte: aposta alta, diagnóstico equivocado. c. A solução: mudar o modelo de... gestão? Mas tinha um CSDF no meio do caminho! d. Um novo caminho, mudar o modelo de atenção! e. Como mudar? Do lento e gradual à virada de chave agressiva!
IV.Do papel de pão à Conversão do modelo de Atenção Primária à Saúde do DF
<ul style="list-style-type: none"> a. A Conversão: um ato quase religioso? b. A norte e sua experiência promissora c. Converte: Um apelido ou uma acusação? d. Mobilizando afetos, vocações, orgulhos e preconceitos
V.Diferentes momentos profissionais e de vida
VI.Forçados ao Converte?
<ul style="list-style-type: none"> a. ameaça x "um detalhe realçado" b. Aspectos financeiros
VII.Resistências e oposições
<ul style="list-style-type: none"> a. Resistências ao modelo de atenção b. Emoções e afetos c. O imbricamento entre os interesses pessoais, corporativos e as pautas políticas
VIII.Janela de Oportunidade – uma nova APS para Brasília
<ul style="list-style-type: none"> a. A construção da rede de cuidados b. Supervisão e apoio c. Olhares sobre o que é ser generalista
IX.Virada de chave
X.Olhares sobre o Converte e a atual situação

Fonte: elaborado pelo autor.

O CONVERTE-APS foi o mote para desnudar, através da pesquisa, as práticas que perpassavam o cotidiano dos serviços de APS-DF e sua mudança, catalisada pelo processo de conversão (Figuras 28 e 29).

A seguir, discutimos e elencamos os trechos mais relevantes frente às principais categorias que elencamos através da Análise de Conteúdo.

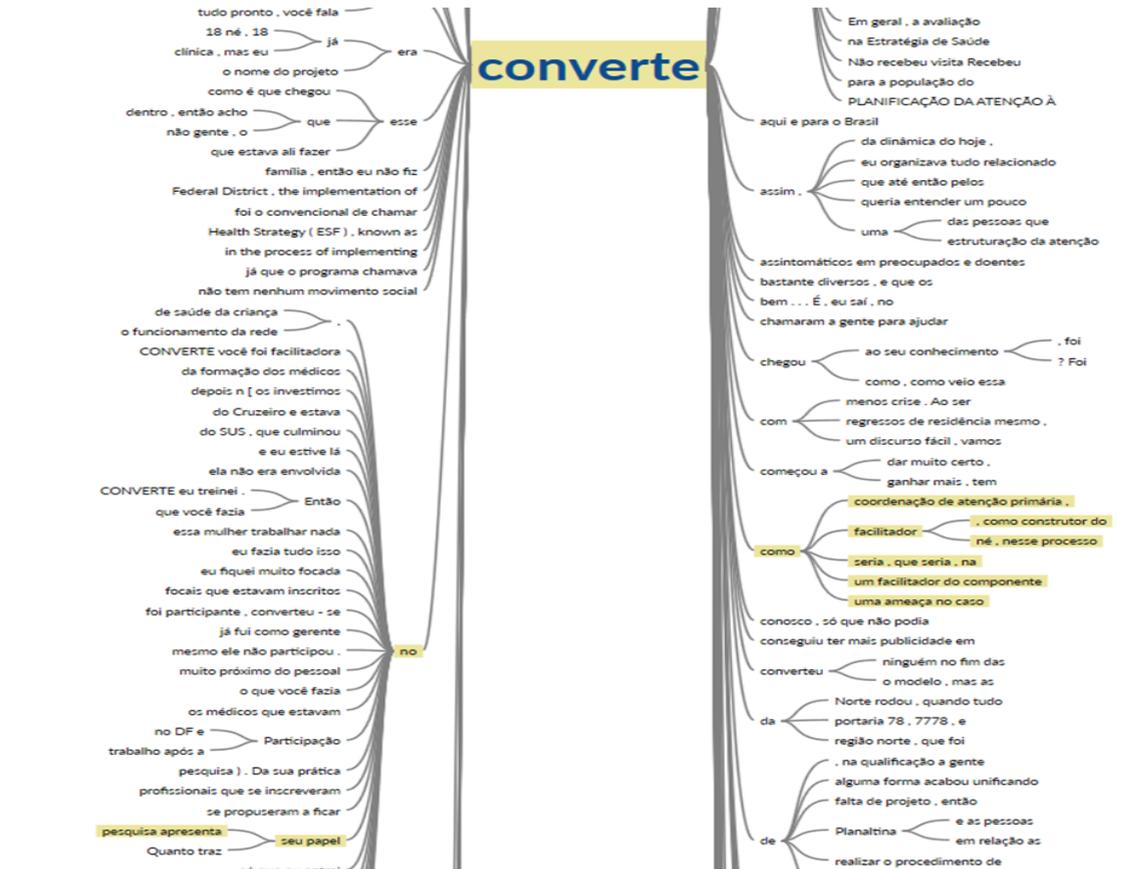


Figura 28. Árvore do Converte nos grupos F e G
 Fonte: elaborado pelo autor

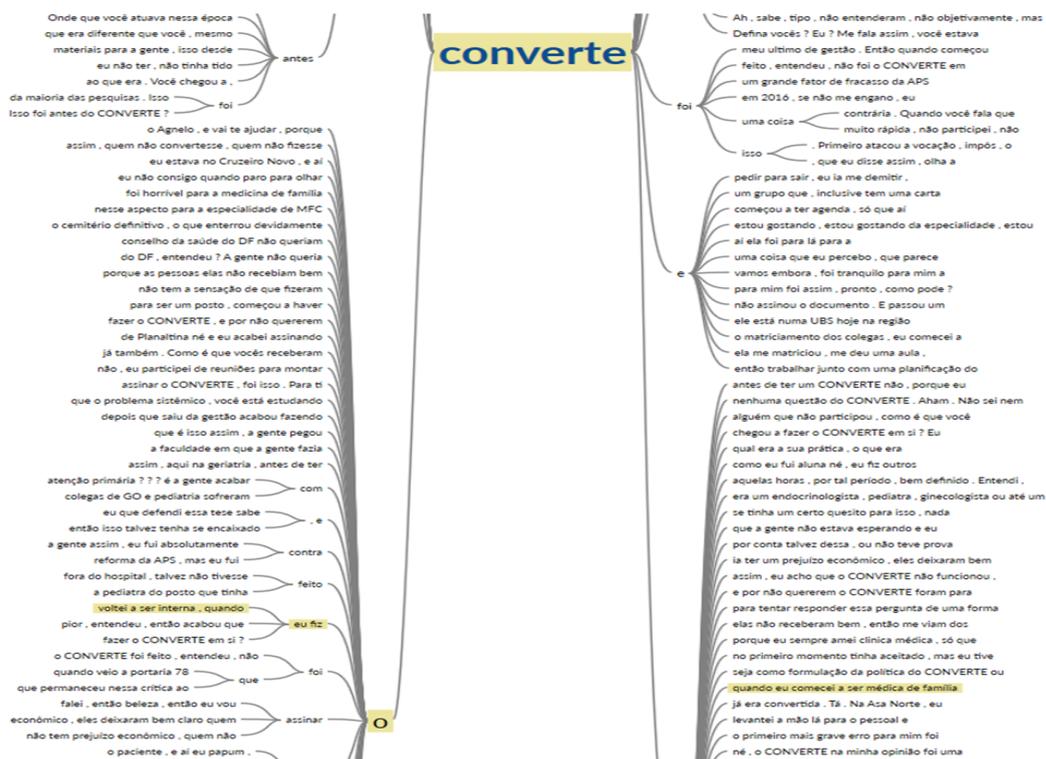


Figura 29. Árvore do Converte nos grupos P e N

Fonte: elaborado pelo autor

5.4.1. Olhares sobre um passado não tão distante...

Os antigos centros de saúde

Brasília em seus mais de sessenta anos teve sua história contada por muitos autores, em seus mais diversos aspectos. Na saúde coletiva, duas autoras retomaram em suas teses a trajetória da formação da política de saúde do Distrito Federal. Uma primeira, Gottëms^{94,121}, remonta os primórdios da constituição da cidade, guiados pelo Plano Bandeira de Mello e pelo Plano Jofran Frejat, as primeiras iniciativas de consolidação de uma tradição de saúde pública na cidade, sendo dessa mesma época a construção de parte importante dos serviços de saúde, de cunho ambulatorial médico, os chamados centros de saúde.

Estas unidades “eram chamadas de centro de saúde. Não tinham equipes, eram realmente ambulatórios de cada especialidade, pediatria, ginecologia e clínica médica (F1).

Ao retomar os primeiros trinta anos de história da saúde da cidade e seus variados episódios, como a autora nomeia as principais iniciativas de implantação de política de saúde na cidade, percebe-se que após este período houve uma nítida ciclicidade entre gestões e modelos de atenção, com diversas tentativas de implantação de um modelo assistencial de

enfoque ampliado, mas que esbarrava na necessidade de reconstruir as iniciativas após os desmontes sistemáticos produzidos com as rupturas e mudanças políticas ocorridas na cidade.

O Projeto Saúde em Casa é uma dessas iniciativas, vinculadas a um modelo de gestão indireto, mais bem aprofundado na tese da Hildebrand (2008). Há certa confusão entre o papel do Instituto Candango de Solidariedade (ICS, que geriu o Programa Saúde em Casa – SC - e o Programa Saúde da Família-DF) e a Fundação Zerbini (que geriu o Programa Família Saudável - FS) na implementação da ESF no DF.

Aqui em Brasília a gente tem uma atenção primária muito fraca desde o começo, então quando começou a atenção primária aqui em Brasília [...] começaram pelos agentes comunitários, então pessoas que iam fazer Estratégia de Saúde da Família de alguma forma, mas eram contratados, e aí depois foi essa fundação [Zerbini] que foi contratada, ela saiu por N outros motivos e aí isso se perdeu, então a atenção primária sempre ficou muito vulnerável assim, muito largada. (F1)

Entre idas e vindas dos ciclos da APS-DF, os Centros de Saúde resistiram. Tratava-se de prédios próprios da SES-DF, em distinção às “casinhas alugadas”, ou “postinhos de saúde”, modalidade de estruturação dos imóveis escolhido para o SC, conforme indica um dos gestores entrevistados:

*Vou te dar um exemplo, existia uma equipe com modelo tradicional de especialistas focais responsáveis por determinado território e no mesmo território se implantava uma equipe de saúde da família que era a **casinha**, então criava-se uma equipe que era como se fosse um apoio e não uma equipe responsável por aquela comunidade né, então isso acabava levando a atritos de conduta entre profissionais já que seguiam linhas diferentes de atuação, quando eles se instalavam na UBS fisicamente eles não estavam bem instalados, geralmente eles ficavam com a área que sobrava na UBS, então ficava no funcho da UBS, né, de forma mais escondida, então não tinham visibilidade, e isso também não gerava conversa entre os profissionais para a discussão dos casos então os especialistas focais e a equipe de saúde da família não discutiam, não conversavam, não se encontravam e tratavam da mesma população. Então você tinha um pré-natal realizado pela equipe de saúde da família e que também era realizado pela ginecologista, então era uma sobreposição aos papéis que não me causavam benefícios. (G4).*

No mesmo caminho, outro gestor entrevistado relaciona a presença das casas alugadas como uma nítida distinção entre os modelos de atenção de conviviam no DF:

*o **centro de saúde** funcionava de uma maneira tradicional com equipes multiprofissionais e tinham as equipes de saúde da família que atuavam ao mesmo tempo no centro de saúde ou até em **casinhas locadas**, comodatos e postos de saúde né, rurais, postos de saúde urbanos, então a gente tinha dois serviços diferentes dentro de uma mesma atenção primária. (G9).*

Um dos entrevistados do Grupo N faz um paralelo entre os governos anteriores, as escolhas realizadas e suas marcas, presentes até hoje na estrutura de saúde de Brasília:

*tanto o Saúde em Casa como depois a Fundação Zerbini no governo Roriz trabalharam com OS né, para poder fazer a expansão de atenção primária, a cidade já teve essa experiência, com pontos positivos e negativos, a cidade virou dois grandes canos de corrupção com OS, diga-se de passagem, tanto o Instituto Candango de Solidariedade como a Fundação Zerbini assim, virou o trem da alegria de contratação de gente de forma totalmente irregular, a cidade tem história disso não dar certo, esse tipo de modelo, entendeu? Mas, enfim, deixou resquícios, toda a expansão de São Sebastião, por exemplo, se você for a [APS de] São Sebastião foi feita pela Zerbini, tem as **casinhas alugadas** até hoje, entendeu, e assim tem vários lugares da cidade que vivem desse processo, então assim, a cidade tem natas que vão ficando dessas discontinuidades. (N3).*

Nos centros de saúde havia a coexistência de múltiplos modelos. Por um lado, o modelo tido como tradicional – com a presença dos chamados especialistas focais (em sua maioria: Clínicos, Ginecologista-obstetras e pediatras) – por outro, outros arranjos de equipe aos moldes da Estratégia Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ou mesmo em um modelo mais próximo de um ambulatório de especialidades, hoje mais bem denominado de atenção secundária. Os outros cenários assistenciais da atenção primária de Brasília que surgiam recebiam o nome de postos de saúde, com estrutura mais frágil e recursos mais escassos.

O volume era muito grande, você tinha 28% de cobertura na época, e você podia chegar a 75% se todos trabalhassem na lógica da estratégia, então era um modelo marginal, a estratégia era um modelo marginal, as equipes sequer estavam locadas nos centros de saúde, as equipes elas trabalhavam marginalmente na sua maioria em unidades alugadas, em unidades improvisadas e os centros de saúde, as unidades próprias da SES era na sua esmagadora maioria organizadas em centros de saúde tradicional com a sua segmentação já conhecida lá do clínico, ginecologista e pediatra, das salas específicas, sala da mulher, sala da criança e por aí vai. (G2).

Esse aspecto dicotômico entre um lugar adequado e um improvisado produzia cismas junto aos usuários, com deslegitimação da ESF frente ao modelo tradicional.

*Um modelo homogêneo, até porque você pensa né, isso confunde, confundia muito o usuário, mas é lá no **Posto de Saúde**, perto da minha casa eu consigo o que, vacina, um atendimento sei lá, mais básico e uma palestra, no **Centro de Saúde** não, eu consigo colher exames, consigo ter um atendimento tem medicação, tem coisas que, digamos, mais completas, a ideia é que o centro de saúde fosse mais completo, tivesse tudo e o **Posto de Saúde** não, aquela coisinha bem básica, as vezes nem vacina não tinha no posto de saúde, as vezes não tinha nem, hoje em dia ainda não tem coleta de*

*certos exames nas unidades rurais, unidades básicas rurais, posto de saúde, pontos de apoio, os postos de saúde nossos eram muitos pontos de apoio né, não era bem unidades básicas com atendimento integral, por exemplo, não tinha dentista, a farmácia só funcionava com cautela de alguns medicamentos, por exemplo, se preciso de um tratamento para infecção urinária eu consigo uma cartela de dez comprimidos, sendo que depois eu tenho que ir no **centro de saúde** buscar o restante do tratamento porque lá no posto tem só com cautela, então sempre se pensou, não pode ter um serviço muito precário num lugar e em outro um mais avançado, então acaba com o nível de vinculação do usuário para aquele serviço, ah então se lá não vai resolver nada, então eu vou aqui no centro né, o que se pensava na época né, e até hoje o usuário está confuso nisso. (G9).*

Existia uma equipe com modelo tradicional de especialistas focais responsáveis por determinado território e no mesmo território se implantava uma equipe de saúde da família que era a casinha, então criava-se uma equipe que era como se fosse um apoio e não uma equipe responsável por aquela comunidade né, então isso acabava levando a atritos de conduta entre profissionais já que seguiam linhas diferentes de atuação, quando eles se instalavam na UBS fisicamente eles não estavam bem instalados, geralmente eles ficavam com a área que sobrava na UBS, então ficava no funcho da UBS, né, de forma mais escondida, então não tinham visibilidade, e isso também não gerava conversa entre os profissionais para a discussão dos casos então os especialistas focais e a equipe de saúde da família não discutiam, não conversavam, não se encontravam e tratavam da mesma população. Então você tinha um pré-natal realizado pela equipe de saúde da família e que também era realizado pela ginecologista, então era uma sobreposição aos papéis que não me causavam benefícios. (G4)

Notou-se uma disputa de modelos, no qual os Centros de Saúde ganhavam mais relevância, dada sua estrutura e recursos disponíveis, inclusive com farmácia completa e coleta de exames laboratoriais. No outro polo, ao se analisar o mesmo nível de atenção, a APS, os postinhos surgiam como um serviço marginal, com menor envergadura e focado em populações mais vulneráveis. Um gestor esclarece esse contexto:

uma UBS que era modelo misto, que era basicamente focado no modelo tradicional, ginecologista, pediatra e clínico, mas que já contava com algumas equipes de saúde da família trabalhando concomitantemente, inicialmente as equipes ocupavam espaço reduzido na UBS, então na minha gestão eu tentei fortalecer o papel dessas equipes na divisão do território da UBS, no acesso e na organização do serviço, né. Então tentamos fortalecer as equipes com a redistribuição de território de acordo com os parâmetros que a gente estava utilizando, de até quatro mil pessoas na época, incentivando cadastro de usuários e referência, vinculação de usuário, na DIRAPS esse trabalho permaneceu dessa forma, então nós fizemos uma redistribuição das equipes no território, tentando dar maior cobertura possível, e na época como não havia ainda o processo de conversão, nós tínhamos muitos ainda especialistas focais atuando na APS, mas fizemos as equipes parametrizadas com esses profissionais, tentando dar referência

territorial, então esses profissionais pediatras, clínicos e ginecologistas ficaram responsáveis pelos territórios que ainda não tinham cobertura pela equipe de saúde da família de forma parametrizada, esse foi nosso principal foco na gestão, situação da equipe de saúde da família e parametrização para os especialistas focais que lá atuavam, né, com redistribuição desses profissionais dentro da UBS. (G4)

a discussão de Estratégia de Saúde da Família veio várias vezes e desde antes da gestão do Agnelo, a outra gestão do Roriz também, tentou se implantar a Estratégia de Saúde da Família, no DF tiveram vários movimentos para a Estratégia de Saúde da Família, o modelo de equipes, mas sempre de forma paralela ao modelo tradicional e utilizando contratos extras né, contratos terceirizados, que não deram continuidade aí nesse processo de implantação do modelo, então a gente teve tentativas fragmentadas de implantação. (G4).

Outra pessoa da gestão reforça o entendimento da marginalidade da ESF enquanto modelo de APS em Brasília, já que o modelo tradicional vigente à época garantia um fluxo perene de profissionais que reforçavam uma outra lógica de trabalho, um outro perfil de profissionais.

A verdade é que como era o modelo predominante e a estratégia era um modelo marginal, isso já vinha se arrastando, o DF já vinha nesse atraso acerca de duas décadas, e esse modelo era sempre alimentado né, havia um fluxo grande de profissional que saíam dos hospitais, de clínicos, ginecologistas e pediatras, mas não só esses, também enfermeiros, técnicos, mas também médicos especialistas de outras áreas para as unidades, para os centros de saúde, os antigos centros de saúde que eram unidades onde vários profissionais acabavam indo para lá com algumas restrições de não poder, restrições médicas de não poder trabalhar em ambiente hospitalar e por aí vai (G2).

O reconhecimento da importância e do ideário da gestão, a partir da análise dos antigos centros de saúde, cristaliza um entendimento de que este é um serviço dos mais avançados na cidade, tido como sagrado e acima de críticas, como indica o gestor, a seguir:

*Frejat lá no início quando ele propôs a estruturação do sistema de saúde, sim, ele já pensava diferente, pensava em Centros de Saúde resolutivos, mas que não caminhou para isso, e os Centros de Saúde viraram **vaca sagrada**, né, não se admitia dentro da Secretaria fazer críticas ao Centro de Saúde, nossa, Centros de Saúde são maravilhosos, tem isso, tem isso e tem aquilo... (G10).*

*a atenção primária estava bem dividida lá na Secretaria, ela tinha pelo menos uns três setores que cuidavam da atenção primária, né, tinha uma área que cuidava dos **centros de saúde** que era a vaca sagrada né, do DF, que ninguém mexia naquela estrutura, todo mundo endeusava, e que tinha propostas interessantes mesmo quando foi criada, ainda antes do SUS, na lógica da regionalização, estruturas físicas boas, mas tinha uma outra área que cuidava do Saúde da Família (...) naquele período que era uma gestão*

externa e a Secretaria estava absorvendo e ainda tinha uma outra área que coordenava os programas, então era uma enorme fragmentação (G10).

Resta compreender melhor o perfil dos profissionais que ocupavam os Centros de Saúde, aclarar o que seria o modelo tradicional para então passar ao diagnóstico feito da situação da APS no DF.

Perfil dos profissionais dos Centros de Saúde

Os profissionais de saúde lotados nos Centros de Saúde apresentavam um perfil heterogêneo:

- os cansados, aqueles que buscavam neste serviço um espaço de descanso, de fim de carreira para esperar a aposentadoria;
- os adoecidos, impedidos de trabalhar nos serviços mais exigentes, como os hospitais;
- os inseguros, que reconheciam neste cenário o local de demandas mais simples, fáceis e de menor dificuldade técnica;
- os encantados, que indicavam aspectos de vínculo, aproximação com as pessoas.
- os jovens Médicos da Família e Comunidade, que entravam por concurso sem a exigência de título e por vezes migravam sua atuação para outros cenários, inclusive hospitalar.
- os moldáveis, que se adaptavam ao contexto que se apresentava, muitas vezes enxugando gelo.
- os rígidos, que só escutavam e atendiam determinados seguimentos populacionais, sem possibilidade de abertura ou ampliação da clínica.

A noção de que o Centro de Saúde é lugar de descanso está presente em diversas falas dos entrevistados.

É, só para você entender que até pouco tempo atrás ainda tem gente que acredita disso, que a atenção primária é um espaço de descanso, de repouso, que já fez muito na vida, então agora tem dinheiro de relaxar um pouco, claro que a gente sabe que o pique as vezes em alguns lugares da atenção primária é menor do que num hospital, logico, mas assim, o trabalho é tão complexo quanto e até com menos tecnologia, né (G9)
Então essa é a fama, era a fama do centro de saúde, a Secretaria da Saúde era assim, o cara ficava 25 anos no hospital, aí queria terminar, perto de aposentar e ia para o centro de saúde, a visão era “ah é médico de

postinho”, até hoje eu odeio isso porque era como se a gente fosse, ah, que não prestasse, está perto de aposentar, não tem mais nada de estudo. (P2) havia um movimento de constante busca destas unidades como um local para um profissional que já estava cansado de o hospital ir para essa unidade (G2)

Não, isso foi dito entre os profissionais, inclusive entre os profissionais do hospital né, essa visão que muitos tem assim da atenção primária, né. E na verdade, eu já ouvi também de outras pessoas que eu não trabalhei, mas que são da minha rede, que ah, trabalhei muito tempo no pronto socorro e no hospital, aí depois eu fui para o centro de saúde, para o postinho, que já estava perto de aposentar, para dar uma descansada e tal, que tem mais qualidade de vida, enfim, sei lá, então tem toda essa questão aí, toda essa demanda, de pressão, não só de pressão assistencial, eu acho que de tudo, de carga psíquica, de exigências, enfim, tem toda uma diferença assim nesse sentido da urgência e emergência né, pelo menos é a visão de quem tem a visão aí é outra historia né, que na atenção primária é só prevenção e promoção de saúde né, que é isso também que gera essa percepção, de que é tranquilo no posto. (G5).

outra coisa que eu queria te falar e eu esqueci é que a atenção primária há um tempo atrás, até uns sete anos atrás era um local onde se depositavam os profissionais, servidores que já estavam cansados, essa, vamos dizer, ideia errada de que a atenção primária era um local para não trabalhar muito, para descansar, então o profissional já está há vinte anos já no hospital, vamos deixar ele ir para a atenção primária como um favor assim né, para ele descansar, então tinha muito disso (G9).

porque ele era daquela época que médico de família ia para postinho para aposentar, só que ele estava longe de aposentar, era um vizinho novo, ele tinha pouco tempo de Secretaria da Saúde e isso adoeceu muito, adoeceu muito porque não conseguia se encaixar, ele ficou aquela coisa estranha na rede porque ele era um generalista bem generalista, mas ele não tinha condições de atender criança, também se recusava a atender no pronto socorro, e também não queria ir para a policlínica, também não queria estuda (F3)

Revela-se também a ideia de que o trabalho assistencial e da gestão da APS é notadamente mais simples e de menor complexidade é vista na fala deste gestor:

O universo da atenção primária ele é, se você for analisar, o grau de dificuldade na atenção primária ele é bem menor que da direção do hospital, né, nem se compara, isso aí nem se compara, porque lá eu tinha o pronto socorro que era pressionado o tempo inteiro, tinha um centro cirúrgico que era pressionado o tempo inteiro, eu tinha as enfermarias que eram pressionadas porque não tinham vaga, não tinha profissional, as vezes você fechava uma enfermaria porque não tinha técnico de enfermagem para acompanhar os pacientes internados lá [...] Porque o grau de gravidade do paciente é menor, se você não atender na hora o paciente não morre na sua porta, lá no pronto socorro era paciente que chegava grave, precisava de vaga na UTI, não tinha, o box estava cheio que era a sala vermelha, mas você tinha que acolher esse paciente lá, improvisar atendimento intensivo até conseguir uma vaga de UTI na rede, isso antes era rotina, com o Covid

piorou né, aí explodiu a demanda de vaga por UTI né, mas isso era rotina, era rotina e aí vinham as intervenções, chegava, eu tô com um paciente aí na sala de emergência e tem que conseguir uma vaga para a UTI, e entrava a regulação, toda essa, então tentar uniformizar o atendimento, que seja uniforme para todos. (G3)

Outro aspecto revelado é o da restrição laboral, que leva o profissional a sair do hospital e buscar o Centro de Saúde.

A verdade é que como era o modelo predominante e a estratégia era um modelo marginal, isso já vinha se arrastando, o DF já vinha nesse atraso acerca de duas décadas, e esse modelo era sempre alimentado né, havia um fluxo grande de profissional que saíam dos hospitais, de clínicos, ginecologistas e pediatras, mas não só esses, também enfermeiros, técnicos, mas também médicos especialistas de outras áreas para as unidades, para os centros de saúde, os antigos centros de saúde que eram unidades onde vários profissionais acabavam indo para lá com algumas restrições de não poder, restrições médicas de não poder trabalhar em ambiente hospitalar e por aí vai (G2)

Fim de linha, ou fim de linha ou porque estava doente, era tipo depósito, eu costumo dizer isso, depósito de gente doente. Depósito de servidor doente. (P2)

tinham muitos profissionais que por questões de saúde recebiam indicação de ser locado no centro de saúde mais próximo de casa (G2)

a maioria que eu percebi vai por adoecimento, por exemplo, a técnica de enfermagem arrebenta a coluna, aí colocaram ela no centro de saúde, a outra surta, uma tentou suicídio quatro vezes, aí qual o resultado dela? Centro de saúde, então o que eu pensei, tem muita gente doente, muita gente e o que eu percebi é que a maioria é de doença psiquiátrica, doença grave mesmo, sabe, não é coisa leve não. Então, enquanto o ambiente, um ambiente hostil, um ambiente agressivo, um ambiente que não tem união, acaba adoecendo, tipo assim, desencadeando aquela doença que a pessoa já tem, entende? Não diz que genética é isso? Não diz que a gente é o fenótipo: não é o ambiente, mais o gene? (P2)

aquelas pessoas que tinham algum tipo de restrição, restrição de saúde. Porque, por exemplo, se você era cego, joga ele na atenção primária e ele fica lá quietinho, ou se você era muda, ah joga na atenção primária, lá não vai precisar fazer muita coisa, entendeu, então era um depósito de pessoas meio que já limitadas né, com doenças ocupacionais até, ou cansadas da vida, que era para ficar lá até aposentar ou até morrer, então Humberto fez isso, não, nesse momento durante sei lá, não lembro se foram seis meses, não lembro, que ele foi até acusado de assédio por conta disso, eu não quero que vá gente para a atenção primária com restrição, porque, por exemplo, tinha uma equipe com quatro técnicos de enfermagem porque, nossa, quatro técnicos de enfermagem, porque um não podia andar, o outro não podia atender paciente, o outro não podia falar e o outro não podia ouvir, então os quatro ficavam um só. Você está rindo, mas era assim, a gente tinha pessoas sem braço, sem perna e que um complementava o outro. Então virou um espaço de incapacitados praticamente, ou com limitações graves, severas, não pode atender o paciente, como assim? Você vai para a atenção primária

e não pode ter contato com o paciente? não existe um trabalho da atenção primária que você não tenha contato com paciente, né, então era realmente um depósito, principalmente a área central, Asa Norte, Asa Sul, região centro sul, Guará, Grupo Bandeirante, Candangolândia. (G9).

O adoecimento não se restringia ao ambiente hospitalar e a busca de saída, por vezes, passava por pedido de exoneração do servidor. Um dos aspectos *adoecedores* do trabalho em saúde no DF mais reportados pelos entrevistados é o de enxugar gelo.

Era pior, muito pior, atendia, já cheguei a atender 23 pacientes por turno e não era pouco como isso não, frustrante, eu dizia ao gestor, para mim eu estou enxugando gelo, entenda que eu estou enxugando gelo, desde que eu entrei aqui nunca mais eu vou ver ele [...]na época eu estava para pedir exoneração na época do CONVERTE, levantei a mão lá para o pessoal e falei, olha eu queria agradecer a vocês porque eu ia pedir a exoneração porque eu estava numa coisa que eu amo que é a clínica médica, mas era uma bagunça, uma bagunça horrorosa.(P2)

Enxugando gelo, exatamente, nunca mais eu via aquele paciente. (P2) era quem chegasse, chegou, bateu ponto as sete horas, tomava seu cafezinho e começava a atender, era demanda, e era demanda reprimida porque, por exemplo, [...] era paciente de demanda espontânea o dia inteiro, então atendia apendicite, já atendi paciente com sangramento, aí eu atendia só clínica médica não, era toque retal. (P2)

eu gosto muito da qualidade do atendimento, eu odeio tocar ficha, odeio enxugar gelo, eu gosto de ter a continuidade do acompanhamento do paciente, eu não sei se alguns outros clínicos preferiam tocar ficha assim do jeito do que era, meio pronto-socorro, mas, eu sei que realmente foi, eu acredito que foi melhor sabe, para o clínico. (P2)

Sumia esse negócio das doze fichas, porque já não dava mais, a verdade é essa, houve uma época que eu sei que sumiu, essas doze fichas não, aí depois mais para frente voltou de novo, mas normalmente nas épocas de crise essas fichas sumiam porque a gente já chegava e já tinha, normalmente já tinha uma Van, oito horas da manhã já tinha uma Van na porta da nossa UBS eles levavam uma parte para o outro centro de saúde e a outra levavam para a gente lá. E aí já tinha uma Van esperando com vinte pessoas, eram dois médicos e a gente não tinha mais como distribuir ficha porque já tinha vinte pessoas esperando na porta, aí era conversado com as pessoas que chegavam para o atendimento e falava, olha, não dá para te atender, volta no outro turno, ou amanhã, hoje não tem médico, e era a desculpa que tinha. (P4).

Os cenários mais diversos, nem sempre atrelados à estrutura física dos centros de saúde, guardam experiências das mais potentes, no sentido de uma APS ampliada, aos moldes propostos por Vuori²⁸ e Starfield³⁰. Um exemplo é citado:

claro que a atenção primária funcionava como uma maravilha, e que já funcionava antes mesmo do CONVERTE, isso quero deixar bem claro, por exemplo, vou dar o exemplo do Engenho das Lajes que é uma das equipes mais longe que a gente tem que é lá quase em Alexânia né, lá nós tínhamos equipe de saúde da família que funcionava assim redondinho, mas também

por conta dos profissionais, da característica individual de cada profissional, e a médica, por exemplo, era do SAMU também e então ela tinha facilidade de fazer suturas, pequenas suturas, imobilizações, o farmacêutico lá além de farmacêutico, aliás, o dentista lá, além de dentista ele fazia horta comunitárias com os moradores daquele local, então tinham experiências incríveis por aí, mas isso também depende de cada profissional, de cada equipe, quando tinha um lá dentro ruim, parece que o resto também não funcionava. (G9).

Esse entendimento de que o trabalho na APS tem um perfil esperado, adequado, permeia a fala de alguns dos entrevistados:

o médico da atenção primária ele tem de ter o perfil da atenção primária, tem de gostar de conversar com o paciente, ele tem de gostar de cuidar de pessoas, senão ele não vai fazer um bom trabalho. Ele talvez se sinta infeliz no trabalho que ele está fazendo, ele está ganhando a gratificação, mas não gosta do trabalho que ele faz. Eu acho que uma das coisas seria, assim, o que eu poderia sugerir, acho que a capacitação, capacitação e matriciamento ainda é muito importante porque nós temos poucos médicos de família, acho que isso aí viria a dar uma grande ajuda para quem passou pelo CONVERTE e não é de fato Médico de Família e Comunidade, essa capacitação seria importante, e identificar o perfil do médico para a atenção primária, realmente quem tem perfil para isso, senão o contrário não vai responder como [a população] necessita de ter essa resposta. (G3)

o Médico de Família e Comunidade ele tem que trabalhar a gestão da sua oferta, ou seja, ele tem que trabalhar generalista, é tudo, e tudo e nada são coisas muito parecidas, então, como é que você vai organizar o seu horário, o seu momento, sua disponibilidade de carga horária para atender as diferentes demandas que aparecem, então essa era uma questão que aparecia para eles de uma maneira, mas é isso, quantas horas vou atender de, sei lá, a pediatra, quantas horas eu vou atender de ginecologia? Quantas horas vou atender de clínica? Né, e assim, quebrar essa ideia de que ela não ia ser uma pediatra que também atendia clínica e ginecologia, é uma ideia difícil de quebrar; difícil de entender que não é que o médico generalista é um clínico que também faça pediatria e GO, ou uma pediatra que também faça GO, né, que é uma prática médica distinta, é uma prática de atender pessoas com as suas demandas e com suas queixas e tal. Para você ver que é difícil de explicar e para eles era difícil de entender também. (F3).

A clínica restrita também estava presente nos Centros de Saúde, especialmente quando se tratava de médicos especialistas focais, como cita uma das gestoras:

vamos atender 80% os problemas da população, então por isso que eu não posso ter especialistas lá dentro porque o dia que vai uma gestante numa sexta-feira, por exemplo, uma gestante com suspeita de ITU⁵¹, ah, hoje não tem ginecologista, quer dizer, o pediatra não passava um antibiótico para ela, não solicitava um exame senão tivesse um enfermeiro lá a gestante ia para casa na sexta-feira e voltava na segunda pior, com ITU e com risco

⁵¹ ITU: sigla para Infecção do Trato Urinário, entidade clínica que acomete mais comumente mulheres em idade fértil e que, em gestantes, pode produzir efeitos deletérios na gestação.

grande para essa gravidez porque simplesmente o outro profissional não passava e acabou, não vou atender, não é minha especialidade, e isso era muito difícil (G9)

tinha gastropediatra que só atendia gastropediatria e tinha agenda não regulada, uma agenda exclusiva para aquela região ali. (G2).

Então, o modelo era de ambulatório, era um modelo baseado de construção ambulatorial, agenda, consulta, prescrição e se tiver retorno, tem. Era assim, sem qualquer tipo de contexto comunitário, de contexto social, de contexto familiar, né, sem uma integração da equipe para a discussão dos casos, sem uma apropriação dos casos, sem responsabilidade de cuidado continuado e sem acesso organizado. (G4)

A restrição a atendimentos repercutia na forma de demanda reprimida e era sentida de forma distinta entre os profissionais dos Centros de Saúde.

Que antes o pessoal dizia assim, ah não, eu sou um clínico, eu não vejo pediatria, agora a gente tem que todo mundo ver tudo, então eu não sabia disso, mas uma amiga minha disse assim, minha gente o pessoal da GO não atende não, atende quatro pacientes o dia todo e a gente se lasca atendendo 23 na clínica médica, entendeu? Agora todo mundo vai ter de atender tudo, eu achei que isso para o clínico foi muito bom, para mim foi muito bom porque eu dividi a responsabilidade. Então realmente era assim, era o filé, pediatra e GO, pegavam o filé. (P2)

clínico é infinitamente maior, clínico sempre foi maior, de pediatria você distribuía doze fichas, assim, você disponibilizava doze fichas e atendiam quatro, três, muitas vezes, dificilmente acho que eles completavam as doze, e a clínica era o contrário, você distribuía doze e normalmente ficava faltando, pedia para a pessoa voltar no próximo turno. GO também, GO acho que um pouquinho mais do que pediatria, eles deviam ter talvez, como havia bem essa divisão de especialidade, então, por exemplo, a mesma pessoa que era para atender na clínica médica, mas tinha uma ficha da área ginecológica, as vezes ela era passada para a ginecologia né, então era atendida, era aquela divisão antiga de posto de saúde mesmo, então se era uma paciente que ela estava com algum problema ginecológico, de alguma alteração, de um fluxo menstrual alterado ou de um ciclo, ela queria usar um anticoncepcional e ela tinha hipertensão, ela consultava hipertensão com a clínica, e após acabar a consulta de clínica ela também ia para as fichas da ginecologia, então por esse motivo ginecologia tinha mais, tinha mais do que pediatria, mas ainda assim era bem menos que a clínica, talvez metade da clínica, se eu fosse poder chutar bem empiricamente diria que clínica seria 100%, a ginecologia 50% que a clínica atende e a pediatria talvez 30% do que a clínica atende, algo por aí. (P4)

Mas era esporádico, a minha média era vinte, vinte e sete foi o máximo, e fui repreendida pela ouvidoria, eu estava tão rápida, foi um caso que a paciente me pediu um atestado, era uma ameaça de abortamento, era véspera de Carnaval e eu fiz o exame dela e disse não, não tem ameaça de abortamento, e não dei o atestado, eu dei de comparecimento. Assim que eu voltei do carnaval a ouvidoria estava me chamando a atenção, ela alegava que ela tinha sangrado por causa do toque ginecológico, quando ela tinha ido se queixando do sangramento para eu realizar o toque, e que, na verdade, ela

ficou frustrada que ela não conseguiu o atestado para o carnaval, aí depois desse puxão de orelha, eu comecei a perceber que se de repente eu estivesse atendendo mais devagar, eu teria me poupado disso, aí era, e era esporádico e como a nossa porta era aberta à comunidade, era muito difícil dizer não, e assim, a gente era única em um centro de saúde. Então assim, a mesma paciente que tentava hoje, tentava amanhã, tentava depois e não conseguia, a gente dizia vá, bota, bota que a gente vê, e aí nós íamos perdendo meu controle da agenda. (N1)

Modelo focado no médico

O modelo tradicional, praticado na APS-DF nos antigos Centros de Saúde, estava relacionado com os ditames do Atendimento Médico Ambulatorial, no qual o trabalho em saúde é centrado na figura do médico.

quem mandava geralmente era o médico, os outros obedeciam, enfermeiros também que fingiam que acreditavam no trabalho dos ACS, os ACS que fingiam que trabalhavam, entendeu, então tinha muito disso dessa questão ligada em torno do servidor né. (G9).

*Na grande maioria das regiões de saúde do DF, (...) o atendimento era focado nas especialidades focais, até com sistema de fila assim, sem uma escuta qualificada, sem um acolhimento ideal, sem uma prioridade de agendamento né, sem território definido, mas em termos de capacidade de agenda só onde esses profissionais realizavam consultas da sua área, queixa conduta, e com pouca atuação de equipe, era **uma atuação médico centrada** com esses profissionais, e muitas unidades recebiam a equipe de saúde da família, mas eram responsáveis por uma parcela menor do território da UBS, a maior parcela ficava com os especialistas focais e isso por que na época, existia uma gratificação, não sei se você sabe disso, é uma gratificação que é o GCET (Gratificação por condições especiais de trabalho) que era fornecida para todos os profissionais da UBS que contava com pelo menos uma equipe de saúde da família.(G4)*

A construção de quem deveria ser beneficiado pelas ações técnicas da saúde no DF estava em relação íntima com a influência política sobre a SES-DF, e o movimento sindical tinha papel preponderante na disputa da centralidade da agenda política da pasta.

a política sempre esteve muito envolvida nas ações técnicas do DF, então sempre se pensou que isso era uma estratégia de desmantelamento, enfim, de tentar fortalecer determinada área, e na verdade nunca foi isso, né, politicamente dá força para um lado, fora para o outro, nunca foi uma briga política e nem sindical, foi uma questão estratégica mesmo.[...] Isso, não era o sindicato dos médicos, não era o sindicato dos enfermeiros, não era para fortalecimento do modelo médico centrado ou para destruição do modelo médico e para o fortalecimento do modelo, sempre muito essa discussão de qual o modelo, qual a categoria que estaria sendo mais beneficiada, e não era benefício de categoria, não era benefício específico de categoria, na

verdade, acho que todas as categorias foram beneficiadas quando se houve uma organização porque daí vieram várias outras, outros desdobramentos como o fortalecimento da medicina de família e comunidade mesmo no DF e a formação do cargo de enfermeiro de família e comunidade no DF, inclusive, com, iniciando uma organização aí na enfermagem para isso, (G4)

5.4.2 ... um diagnóstico: ineficiência da APS no DF! Queremos Brasília Saudável!

Da construção institucional do modelo tradicional em coexistência com modelos paralelos e marginais, até a gradual implementação da ESF no DF através da gestão direta - logo após o fim do Programa Família Saudável - os pontos de atenção da APS-DF persistiram dividindo o mesmo cenário no DF até meados de 2016.

*nós vimos mesmo **equipes de saúde da família lotada num quartinho, as vezes embaixo da escada**, para dizer que tinha uma equipe de saúde da família e qual era a logica disso? Qual era a lógica? Que aí todo profissional iria ganhar a gratificação, então fazer a conversão, qual era a grande dificuldade? Era exatamente isso, você trocar os profissionais, você tirar os profissionais, você está mexendo num vespeiro enorme, você está mexendo com os profissionais né. então era assim, um nível de gasto altíssimo, com uma captação muito baixa de recurso do Ministério da Saúde porque não se consistia equipe que o Ministério considerava como apta para receber recurso, absolutamente distante dos pressupostos da atenção primária, tanto nas equipes de saúde que estavam implantadas nas tradicionais, não tinha acompanhamento de resultado nenhum e você via todos os jeitos possíveis de funcionamento dessas equipes (G10).*

*A verdade é que como era o modelo predominante e a estratégia era um modelo marginal, isso já vinha se arrastando, o DF já vinha nesse atraso acerca de duas décadas, e esse modelo era sempre alimentado né, havia um fluxo grande de profissional que saíam dos hospitais, de clínicos, ginecologistas e pediatras, mas não só esses, também enfermeiros, técnicos, mas também médicos especialistas de outras áreas para as unidades, para os centros de saúde, os antigos centros de saúde que eram unidades onde vários profissionais acabavam indo para lá com algumas restrições de não poder, restrições médicas de não poder trabalhar em ambiente hospitalar e por aí vai, então havia uma unidade específica no Distrito Federal lá no Núcleo Bandeirante que tinha cento e oito profissionais recebendo as gratificações que eram lá do GCET que eram gratificações cujo objetivo era o fortalecimento da atenção primária quando surgiram, **cento e oito profissionais recebendo lá do GCET para só um ACS locado na unidade (G2)***

uma necessidade porque a UBS estava numa assistência muito ruim mesmo para a população de forma geral, então os indicadores estavam sempre muito ruins, e não que essa mudança fosse resolver a parte dos indicadores, pronto, agora a gente tem uma assistência adequada, não, não dessa forma, algumas unidades que tinham equipes que trabalhavam como

saúde da família e tinham equipes que trabalhavam como os centros de saúde tradicionais que eram, então isso fazia muita confusão na assistência a população, os próprios gestores mesmo, era bem difícil. (F1)

*a impressão que eu tenho é que Brasília nos seus anos anteriores a esse processo ela teve **algumas experiências**, algumas de âmbito mais total do Distrito Federal e outras muito singulares de cada unidade, que foram se acumulando, então é que esse projeto de conversão veio num momento em que, anteriormente, no momento imediatamente anterior a ele não havia um projeto de atenção primária, e assim, eu visitei algumas unidades antes de entrar, pensando em que teria uma possibilidade de escolher locação, então tinha assim, ambulatório de adolescentes com asma numa unidade básica de saúde, então assim, uma coisa ultra especializada porque não era qualquer adolescente e nem qualquer asmático, tinha que ter as duas coisas, e numa unidade básica de saúde. (F2)*

*Eu não lembro muito dos marcos legais porque nessa época eu estava na assistência e então eu não acompanhava muito, sabe, mas algumas coisas que me marcaram muito, porque assim, até então a GAPESF era uma confusão que você não tem ideia, era assim, tipo, a gerência funcionava numa salinha jogada no fundo do hospital e aí eu lembro que quando eu fui acolhido, no dia do acolhimento né, o pessoal chamou a gente, botou numa sala, a primeira fala da CGSS foi assim, eu vou colocar uma pessoa para vigiar vocês que eu **sei que médico de família não faz nada**, a gente foi acolhido dessa forma, para você ter ideia como que era a visão do que era a atenção primária na época. E aí nossa, nessa época eu ouvia cada absurdo, o pessoal falava que **os postinhos de saúde eram uns verdadeiros bares**, que qualquer um entrava e pegava o que queria, presenciei na época um agente de saúde, inclusive, conheço até hoje, que a medicação para distribuir para as unidades básicas de saúde ficava nessa salinha da GAPESF, e aí o ACS foi lá e pegou a caixa de Paracetamol e saiu no corredor entregando para as pessoas, você quer Paracetamol, você quer Paracetamol, só para você ter ideia do tamanho da desorganização nessa época da GAPESF. E aí eles **me jogaram lá num cantinho**, fui direto para trabalhar na unidade rural sozinho, sem ninguém e sem suporte nenhum, assim, a gente não tinha a quem reportar; não batia o ponto, para ter uma ideia rezava a lenda que o médico que trabalhava lá antes de mim chegava as nove, saía as onze e era isso aí, nem trabalhava a tarde, e assim, não tinha ninguém para dar suporte, nem nada. (F3)*

e começamos a levantar a distribuição desses pediatras, a maior concentração era na asa norte, no DF inteiro, a produção desses profissionais né, era no caso, por exemplo, asa norte era de 0,5 paciente/hora (G3)

Vários desses elementos respaldaram a construção de uma política alternativa à vigente, e na gestão Rollemberg entra na pauta o Programa Brasília Saudável.

Brasília Saudável foi um projeto do Governo Rollemberg, para todas as mudanças da saúde, então tem vários eixos do Brasília Saudável, um deles era a expansão e implantação da Estratégia de Saúde da Família como modelo (G4)

5.4.3. Uma gestão feita por MFC

O governo Rollemberg, na área da saúde, teve uma gestão com turbulências e não conseguiu avançar na agenda de reformas empreendidas. Em 2016, o Médico de Família e Comunidade Humberto Fonseca é nomeado para o cargo de Secretário de Estado da Saúde do DF e compõe uma equipe com membros de formação e atuação na APS.

Se a gente pegar quem eram as lideranças que estavam ali na gestão e o histórico delas, eram pessoas que eram absolutos defensores da atenção primária, então o Secretário que era médico de família, o Daniel, o Quito e algumas pessoas que foram se encaixando, assim, era a personificação de uma mudança de modelo, seria incompreensível para a vida deles, chegar onde chegou e não fazer uma virada de chave importante assim, então os caminhos eram muito difíceis, [...] esse diagnóstico era conhecido, agora como fazer essa mudança é que era a questão, e tinha um descrédito muito grande né, porque como já havia tido tanta mudança de secretário, era um garoto que estava entrando, e assim era um grupo né, eram garotos sem experiência de gestão, e que passaram num primeiro momento uma credibilidade muito baixa e a Secretaria da Saúde agora com mais, com esse tempo de convivência que eu tive na Secretaria é que eu entendo o quanto é complexa a gestão desse lugar, como é diferente de todos os lugares do Brasil, eu não tive oportunidade enquanto estava no Ministério, e o tempo inteiro esse embate gostoso e positivo com o CONAS, CONSAMES, Secretarias, acho que a gente participou de um momento do Ministério com diferentes ministros, mas que era impensável né, você propor a implantação de qualquer estratégia, de qualquer coisa que não fosse absolutamente compactuado com o CONASS e CONASEMS, então nós tínhamos grupos técnicos específicos por tema, então tudo era muito discutido com a equipe técnica, e depois levado para a pactuação para a assembleia do CONASS e CONASEMS e só então ir para ???, o Gilberto sempre foi uma coisa completamente diferente, e se criou dentro da Secretaria uma casca muito poderosa, uma casca dominada pela categoria médica né, então sempre teve assim os senhores do poder aqui dentro né, da Secretaria, que se revezaram na Secretaria, mudaram o Secretário, mas assim, quem mandava por debaixo dos panos sempre foi o mesmo grupo dessa casca dominante, e que sempre priorizou a questão hospitalar, eu vou tirar um pouco assim, Frejat lá no início (G10)

O diagnóstico foi financeiro? LRF como propulsora ao Converte

A motivação inicial que levou ao desenho da política do CONVERTE-APS foi relacionada à necessidade da gestão da SES-DF em cumprir a promessa de campanha do Rollemberg em expandir a cobertura da APS-DF. Contudo, foi necessário o surgimento de um evento sentinela para que a ideia da política pudesse vir à tona: carência de pediatras nos prontos-socorros para atendimento à sazonalidade de doenças respiratórias infantis, em 2016,

com consequente diagnóstico de que a maior parte dos pediatras da SES-DF estavam lotados na APS.

então não tinha um registro muito claro de qual era o recurso humano já na atenção primária no DF, então nós tínhamos muito claro que o modelo chamado tradicional era o modelo predominante, mas não tinha um levantamento claro de como e quais eram essas pessoas, esse levantamento ele começou a ficar mais claro por conta de uma decisão que foi durante a sazonalidade da pediatria, as doenças respiratórias, as emergências começaram a pedir muito socorro porque não tinha pediatra suficiente para cumprir escala e nós começamos a ter que levantar com os pediatras da rede e identificou-se um enorme número, a maior parte dos pediatras da rede estavam na atenção primária [...](G2)

Do número de pediatras, partiu-se para o levantamento do número de enfermeiros, médicos clínicos, ginecologistas-obstetras, técnicos de enfermagem, até de compilar um conjunto de dados que indicaram o diagnóstico de que já se gastava na APS-DF o suficiente para ampliar a cobertura até três quartos da população do DF, restando apenas contratar ACS para compor estas equipes e reordenar o modelo assistencial.

a quantidade de informações que se tinha da locação desse RH era muito ruim, a SUGEP(Subsecretaria de Gestão de Pessoas) não tinha isso de forma clara e foi levantado então diretamente das superintendências, então para se levantar a questão dos pediatras, foi pedido um apoio deles nas emergências, se levantou quantos eram, era um número maior do que se imaginava, depois se levantou enfermagem, se levantou os técnicos de enfermagem e depois os clínicos e ginecologistas, foi quando se chegou a ideia de que já havia na atenção primária do Distrito Federal um número muito grande de profissionais, a ponto de que se todos estes profissionais estivessem organizados em equipes de saúde da família o DF já tinha lotado na atenção primária, tirando os agentes comunitários de saúde, já tinha lotado na atenção primária o suficiente para atender 75% da população, e ainda com um excedente enorme de RH, cerca de oitenta enfermeiros, mais de trezentos técnicos de enfermagem, isso considerando oitenta horas de técnico por equipe. Foi quando se caiu a ficha de que o DF apesar de na época ser capital com pior cobertura de saúde da família e o Estado com pior, Estado da Federação com pior cobertura de saúde da família do DF, já tinha RH e já investia financeiramente o suficiente para ter 75% de cobertura aproximadamente, foi quando se decidiu por fazer a conversão, né. (G2)

A experiência de Portugal é elencada em uma entrevista, ao tratar da temática da conversão de modelos assistenciais à APS ampliada. Portugal tem experiência de levar os especialistas de formação mais generalistas (pediatras, clínicos, por exemplo), apoiados por um processo de formação breve e direcionado, serem então designados para o trabalho

enquanto médico generalista, até sua substituição geracional por um contingente de profissionais médicos com formação específica em APS, o que seria a MFC no caso brasileiro.

a gente tinha muita referência na experiência de Portugal que foi um, eles viveram um processo parecido, quando a gente definiu que no caso lá o médico, como é que ele chama, o médico geral de família, não lembro agora, mas enfim, quando eles definiram que esse profissional ia ocupar o espaço e que o sistema ia estar bem centrado na APS com esses profissionais, ele já tinha um monte de médico nos ??? públicos e que estavam na lógica de especialidades focais e eles entenderam foi a gente não vai conseguir fazer um programa de residência numa escala e também não faz sentido a gente pegar esse monte de médicos que não vão ter tempo de fazer uma residência, não vão conseguir parar agora a carreira deles nesse momento para se dedicar a um programa de residência, então não faz sentido a gente jogar tudo isso para cima e achar que vai mudar o mundo, a gente não vai, vamos aceitar que a gente vai ter uma coisa sub ótima, menos que o ideal, vamos de alguma forma validar, botar essa galera para estudar um pouco e validar essa galera como médico de família e certifica-los e a partir daí a gente começa a investir em programas de residência, que vão repondo esses profissionais a medida em que eles vão saindo. (F4)

O Rio de Janeiro foi inspiração para a política inicialmente pautada na SES-DF, contudo, dois aspectos são apontados pela gestão da SES-DF para não seguir os mesmos passos tomados pela gestão carioca: a decisão tomada pelo Conselho de Saúde do DF de não apoiar a gestão indireta da APS através de Organizações Sociais, somado com o diagnóstico de um grande número de profissionais já inseridos na APS, apesar de formação e prática diversa à preconizada na APS.

com o RH tão grande então era possível fazer como outros Estados fizeram de parar de investir neste modelo e começar a investir no modelo de estratégia e deixar que esse modelo desaparecesse aos poucos como foi feito em outros Estados. [...] a ideia inicial sim era fazer algo semelhante ao Rio quando o Rio expandiu algumas OSs, mas como o DF escolheu outro caminho e aí nós precisamos nos afastar da ideia das OSs, fazer com o pessoal nosso mesmo e eu acho que no final as contas nós refletimos muito isso acho que como fixação de política, pode ter sido bem mais interessante, nós vimos essa experiência no Rio de Janeiro de desmonte de política feita por organizações sociais no caso da atenção primária, e acho que a atenção primária ela tem a característica da necessidade importante de longitudinalidade, fazer por meios próprios do Estado pode sim ser mais interessante do que fazer por organizações sociais, eu acho que a estória foi nos levando a isso no DF, pode não ter sido algo voluntario inicialmente, mas refletindo durante o processo e depois vendo como foi que aconteceu no Rio, pode ser que tenha sido bem interessante fazer como foi feito e até como comparação depois, é importante ver isso ao longo dos anos depois a

comparação, modelos diferentes de contratação, de gestão e como é que eles fazem, tem impacto sobre a permanência ou não da política. (G2)

E então se chega aos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF):

Nós pegamos uma situação muito difícil financeiramente, estava no limite da responsabilidade fiscal, os gastos não poderiam aumentar então nosso foco foi em dar eficiência ao uso dos recursos, olha, o recurso que nós temos é esse e precisamos usá-lo de forma mais eficiente, o CONVERTE foi um exemplo disso, não houve aumento de custos para o Distrito Federal quando se aumentou a cobertura de 28% para 69% que a gente chegou se não considerasse, deixo isso bem claro, desconsiderando a necessidade da questão dos ACS que é um ponto importante também que a legislação nossa hoje complica no DF para resolver, [...], mas o que foi feito foi dar eficiência ao uso do recurso já disponível, tinha o recurso e ele estava muito sequestrado no RH e então era preciso dar mais eficiência, então vamos pegar esse mesmo RH e colocá-lo para trabalhar no modelo mais eficiente, mais consagrado, com isso também foi possível diminuir o déficit fiscal do DF em relação a União porque você constituindo as equipes de saúde da família você começava a ter os repasses para essas equipes que começaram a ocorrer. Então a gente, não cheguei a quantificar isso, mas houve, começou a consistir equipes e vir mais recursos para o DF e então de uma certa forma ajudou a equalizar isso. (G2)

o Governo Rollemberg aconteceu num momento crítico de falta de dinheiro, então como é que você pode ampliar sem aumentar investimento, sem aumentar folha de pagamento, você tem que transformar o que já existe, entendeu? Aí entra um problema gravíssimo né, então ao invés de eles optarem por consolidar núcleos de atenção primária, de alta eficiência e começar a fazer um projeto piloto para aperfeiçoar a reforma do ponto de vista assim de melhor modelo de execução da APS, eles quiseram pulverizar a atenção primária e aumentar em todo o Distrito Federal, então foi uma questão assim técnica em princípio, mas que tinha um aspecto político partidário (N2)

Converte: aposta alta, diagnóstico equivocado.

o CONVERTE ele fez uma aposta, ele fez um diagnóstico equivocado porque ele não conseguiu fazer uma leitura histórica né, [...] a gente quis fazer uma reforma na rede assistencial da cidade, mas a gente não conseguiu nem organizar os mecanismos de gestão da cidade para que pudesse, digamos, ter um ciclo político mais virtuoso (N3)

Uma das formulações surgida em uma entrevista a crítico do processo de conversão é que o diagnóstico traçado pela gestão era equivocado. O equívoco se dava no sentido de que a reforma do modelo de atenção precisaria atuar sobre a mudança na estrutura da gestão da SES-DF, na reorganização da cadeia de comando do SUS-DF e na aposta pelo incentivo ao servidor para a mudança, em detrimento da focalização em políticas que

agregaram carga de trabalho aos servidores para manter gratificações, e com características que nomeia como “gerencialistas”.

*Então eu acho que você faz um diagnóstico errado, que assim, você vai começando a usar os pressupostos de uma certa **linha gerencialista né, os culpados são os trabalhadores**, os trabalhadores, tem problemas com os trabalhadores, não tem nem o que dizer em relação a isso, mas esse tipo de personificação do problema realmente não traz solução porque os problemas são construídos historicamente também, entendeu, não é um cara que tem um desvio meramente, tem caras que tem desvios morais, mas assim, não é todo mundo que é meramente um fenômeno moral, mas você começa a fazer uma série de diagnósticos equivocados, você erra o alvo, então assim, você pega um cara que está trinta anos numa unidade e você torna ele um adversário seu, você acha que isso vai ser bom para fazer uma mudança de modelo? O que você tem para fazer para esse cara para que ele seja seu aliado? Você só está fazendo coisas que voa atrapalhar ele, vai mudar a rotina dele, tirar a gratificação dele, entendeu, você só está fazendo coisas que, se eu estivesse no lugar dele eu ficaria muito p* com o que está chegando para mim, entendeu, pensando como trabalhador, então assim, não houve nada que você colocasse para os trabalhadores como fator de incentivo, nada para esses caras, o fator de incentivo se você continuar ganhando o que você tem de gratificação você vai para algum outro lugar que você não sabe para onde você vai, depois de não sei quantos anos de trabalho prestado. (N3)*

A aposta na adesão voluntária dos especialistas focais à mudança de cargo para mFC, sob o argumento de que já estavam sendo pagas gratificações para que se desenvolvessem práticas profissionais da MFC por estes profissionais na APS-DF é apontada por este crítico como uma aposta alta.

eu acho que o CONVERTE se eu faço um resumo para você, ele produziu muito mais, ele foi muito mais no anúncio do que na realidade, então ele produziu muito mais, muito mais reatividade do que soluções, não funcionou o problema, entendeu, e a cidade continua, os mesmos problemas continuam acontecendo (N3)

Os exemplos trazidos sobre esta aposta alta, remetem à lógica fragmentada da gestão da SES-DF, apesar do investimento em mudar o modelo de atenção.

planejamento de recursos humanos que é caótico, a estrutura organizativa da Secretaria da Saúde que é caótica, você imagina você tem uma COAPS que é ligada a uma subsecretaria de atenção aí você tem superintendentes regionais que são ligados a subsecretaria de atenção, mas continua numa lógica de atenção loco regional e essas DRAPS são ligadas a superintendência, a coordenação de atenção primária não tem, se não for via secretário, nenhum tipo de gerência sob a DRAPS, imagina você coordenador da COAPS, subir para o subsecretário, para descer para o superintendente para vir para a DRAPS, cara, é um modelo que não tem, a gente fala em coordenação do cuidado a gente não tem nem uniformidade, a gente não tem nem comando único de gestão, entendeu, então cara, assim, tem muitos problemas

constitucionais, organização de gestão, a parte de recursos humanos é uma outra subsecretaria que faz o processo, o processo de dados que a DRAPS tem em relação ao RH são totalmente diferentes dos parâmetros que a Secretaria de gestão de pessoas tem de RH cara, é totalmente diferente, entendeu, toda a parte em relação à média e alta complexidade, a atenção primária assim, ela tem que se dar, ela está na mão de uma outra subsecretaria que é a SUPLANS, entendeu, também estanque das outras secretarias, funciona de uma forma totalmente à parte e aí está preocupado com o equilíbrio econômico e financeiro e está olhando outras coisas, o que está perdendo de dinheiro que pegava do Ministério e não sei o que, então assim, há uma especialização bastante anacrônica do processo de gestão, com uma estrutura muito pouco funcional porque foi se especializando em determinadas coisas na gestão e agora você não consegue dar uniformidade para a política (N3).

A solução: mudar o modelo de... gestão? Mas tinha um CSDF no meio do caminho!

A agenda política da expansão da APS-DF ditava a meta a ser perseguida pela gestão da SES-DF, durante o governo Rollemberg, e a forma, inicialmente proposta, era através das OS.

*o objetivo era expandir cobertura, mas a expansão de cobertura na lógica da estratégia só era possível contratando as equipes e tudo, a gente não tinha estrutura física porque já estava toda ocupada por esses, todo esse RH, esse volume gigante de pessoas já estava na estrutura física, então por isso **a ideia inicial de contratar, era contratar o pacote fechado, você contrata uma OS que ia entregar uma unidade funcionando com toda a equipe e você fazia a cobertura, mas nesse início não se tinha o levantamento completo de RH ainda né, e também não foi uma opção que o DF como um todo, isso pactuado em conselho de saúde quis seguir, então a outra opção era fazer por meios próprios (G2)***

A proposição de uma reforma via OS é avaliada e rejeitada pelo CSDF junto a outros a atores institucionais.

a gente vinha há anos discutindo e apresentei para a reforma da atenção primária, [...], o XXX pegou o projeto e tocou o projeto, certamente com a participação de outras pessoas, não posso te dizer quem, e apresentaram o BSB Saudável, só que a câmara legislativa do Ministério Público de maneira muito contundente junto com o controle social falou o seguinte, entendeu, então são esses três, Ministério Público, câmara legislativa do DF né, eu acredito que boa parte da bancada da esquerda participou disso né, e o controle social, nós fomos absolutamente contra do BSB Saudável. Quando o Humberto e a equipe da Secretaria da Saúde perceberam isso, o que eles fizeram? Eles recuaram, recuaram com o BSB Saudável e aí propuseram uma nova perspectiva que na verdade foram duas diferentes perspectivas, a primeira foi o instituto hospital de base, que teve uma participação efetiva do

Ministério Público e da câmara legislativa, principalmente do Ministério Público e propuseram a reforma de atenção primária via conselho de saúde do DF (N2)

Apesar dos enfrentamentos, a gestão Humberto, a frente da SES-DF desde meados de 2016, é identificada por gestores, facilitadores e críticos como muito afeita ao diálogo com o Conselho Distrital de Saúde.

O governo Rollemberg ele teve uma atividade muito profícua dentro do conselho do DF né, eu acho que foi o governo, claro, isso também dependendo da atitude do Secretário Humberto né, que era médico de família, Humberto deu ao conselho de saúde, apesar dos pesares, muita autonomia para desenvolver os projetos e que assim ao mesmo tempo deu poder aos projetos desenvolvidos dentro do Conselho de Saúde né, então foi um secretário que efetivamente ele tratou o conselho de saúde do DF, o controle social de uma maneira muito respeitosa, apesar dos pesares (N2)

Então o conselho de saúde se convenceu, o conselho de saúde central se convenceu de que sim, essa era a melhor opção, mas o que eu acho que tornou muito difícil é porque os trabalhadores, a maioria, boa parte né dos trabalhadores que passariam por este processo não estavam convencidos, boa parte mesmo, os próprios gestores, gestores da atenção primária, os GSAPS, não estavam convencidos, mas tiveram que fazer, eles eram os gestores na época e então tiveram que participar do processo, e fora o sindicato né, que também não estava apoiando a ideia (F1)

Sim, a discussão foi levada para o campo legítimo que era o conselho de saúde, preciso discutir nesse campo a legitimidade disso tudo, [...]no conselho de saúde o embate foi difícil, a gente teve que convencer os usuários que aquilo era melhor para o usuário, o seguimento de trabalhadores foi radicalmente contra ao processo e a gente teve que trabalhar muito com os usuários, apresentando, mostrando porque que aquilo era bom, porque era importante a gente conseguir o apoio dos usuários nesse processo, mas foi difícil, (G2)

Olha, são coisas diferentes, modelos de OS no primeiro ano a gente fez um projeto para utilizar a experiência do Rio, para as organizações sociais, principalmente na Ceilândia de início né, para depois expandir e isso não passou, até hoje não teve uma boa receptividade e nós mudamos a linha, a situação da Atenção Primária nós revemos, e isso não haveria dúvida né, mas quando esse processo travou no Conselho de Saúde nós, desenvolvemos o CONVERTE para utilizar a estrutura que já existia, e voltamos os esforços relacionados a estruturas jurídicas mais eficientes para um modelo de serviço social autônomo, e esse sim foi aprovado no Conselho de Saúde, então nós fizemos no Hospital de Base, teve uma discussão se deveríamos fazer em um hospital regional, etc., etc., mas no final acabamos fazendo no Hospital de Base, porque o Hospital de Base iria beneficiar todas as regiões, né, e se fizesse em um hospital regional somente uma região seria beneficiada, e nós queríamos que esse modelo fosse visível para todas as regiões. Então, eu ia em todas as unidades de saúde, todas, absolutamente todas, e apresentamos todos os projetos, discutimos no Conselho de Saúde, evidentemente o

conselho não é ao conselho de saúde que cabe a decisão minuciosa sobre as políticas públicas, mas as grandes diretrizes né, mas nós submetemos as grandes diretrizes ao conselho, e do meio para o final da gestão, o conselho de saúde passou a ser um grande parceiro, com todos os enfrentamentos, com todas as dificuldades que existem entre gestão e controle social, mas passou a ser um parceiro, eu acho que o CONVERTE foi algo que uniu muito a nossa gestão com o Conselho de Saúde, porque se falava muito, vamos expandir a atenção primária, vamos contratar mais profissionais para a atenção primária, mas nunca tinha ocorrido um fortalecimento efetivo, e sem dúvida foi um fortalecimento efetivo, organização efetiva, tudo de forma normatizada, nada foi feito de afogadilho, ou foi feito com ocultação de intenções ou de projetos, tudo totalmente aberto, falamos como faríamos, né, e fizemos da forma que falamos. Então acho que foi um processo muito transparente, intelectualmente muito honesto e acho que por isso o conselho foi com a gente. (G7)

Um novo caminho, mudar o modelo de atenção!

então de fato para mim sempre fez sentido que a gente devesse adotar esse tipo de estratégia, então quando a Secretaria soltou a portaria enquanto a gente reconhecesse que ela tinha um monte de problema, no fim das contas era uma ideia que tinha sentido assim, vamos pegar profissionais que já estão na rede, tentar de alguma forma trazer esse pessoal para mais perto da medicina de família, certifica-los de alguma maneira e daqui em diante a gente vai repondo os regressos de residência, tanto que o concurso seguinte da Secretaria já foi um concurso exclusivo para quem tinha residência ou título, que o plano era exatamente ir colocando a partir daí e ir substituindo esses colegas que fizeram o CONVERTE e depois saíssem ou que desistiram do CONVERTE com regressos de residência mesmo, então o plano era coerente. (F4)

Como mudar? Do lento e gradual à virada de chave agressiva!

já que vocês chegaram nós não podemos fazer isso, então vamos lá, quem é de atenção primária, que seja de atenção primária, que não é que não seja. E aí a gente tinha um número gigantesco de médico de família com uma cobertura ridícula e aí com uma dessas reuniões aí no tal do papelzinho, que você já deve ter escutado falar no papelzinho de padaria do Daniel Seabra, fazendo as contas, aí eles fizeram para converter tudo, foi mais ou menos isso. E aí nasceu-se a ideia de converter (F5)

Então foi um susto nesse momento porque aí começa toda uma discussão, não sei se isso vai dar, isso vai ser um problema sério, vai ter uma reação enorme, vai ter greve, vai ter revolta dos profissionais porque eles não vão aceitar, aí ficou num jogo mesmo, eu mesma fiquei assustada com isso e eu falei olha, o movimento sindical aqui é muito forte, aqui é diferente, e aí começou a se estudar várias propostas, será que se começa por uma região específica,

vamos fazer uma espécie de piloto, se não faz uma coisa que seja estruturante, e aí acho que entrou o sangue nos olhos, sabe, de pessoas jovens que estavam na gestão, que não tinham rabo preso com ninguém e aí o secretário quando mostra isso para o governador, é lógico que ele ia gostar porque ele ia usar o mesmo dinheiro que estava sendo aplicado para fazer a conversão do modelo, mas o povo também entendeu que aquilo poderia ser um problema né, porque estava fazendo um enfrentamento com servidores de saúde que tinham uma base sindical muito forte e era muito reativa a qualquer mudança, então no meu entendimento foi um ato de coragem, e o que foi assim, acho que teve, quando se publicou a portaria que a gente falou é aquela virada de chave, era aquela história de mudança Big Bang assim, de uma hora para outra via ter que mudar, agora o que eu acho que foi muito importante nesse movimento é que não se ficou só nisso, existem várias divisões de gestão que não eram para o momento específico, mas que eram para um futuro, no sentido da institucionalização dessa proposta, então eu acho que isso também teve muito com a questão da visão do Humberto que tem um conhecimento muito grande na área do direito, então ele juntou essas duas coisas, o tempo inteiro se foi criando normativas que fossem dificultar a mudança disso, porque, por exemplo, quando vira a chave, e diz assim, olha, tem até a data tal para fazer adesão né, e ainda os médicos passaram por uma avaliação, e ao mesmo tempo o que ele faz? Convoca todos os médicos de família que tinham passado no concurso, isso foi um movimento importante. (G10)

6.4.4. Do papel de pão à Conversão do modelo de Atenção Primária à Saúde do DF

Uma anedota que ilustra a construção e desenho da política do CONVERTE-APS é a do “papelzinho de pão”, em referência às “contas de padaria” que foram rascunhadas até se chegar ao diagnóstico da capacidade já instalada do RH da SES-DF na APS.

o do papelzinho de pão era porque a gente tinha esses números, [...], tem tantos médicos de família lotados, e isso eu tinha uma interlocução muito boa com a SUGEP na época, agora acho que é SUGETS, porque eu vivia pegando relatório, me dá o RH de médico de família, cadê esse, cadê esse, [...]eu preciso do RH, preciso do RH e eu acaba ficando focada mais nos médicos mesmo (F5)

Essa conta é considerada por um dos gestores como o “pulo do gato” que a equipe de gestão da SES-DF fez para se chegar ao CONVERTE-APS:

eu considero assim que o pulo do gato, a virada da chave foi olhar, fazer uma leitura da rede, olhar o potencial que ela tinha, tinha um número muito grande de profissionais, mas espera aí, nós temos mais de trezentos médicos atuando nessa atenção básica tradicional entre clínicos, ginecologistas e pediatras, o que nós vamos fazer com tudo isso? Nós vamos contratar mais trezentos médicos de família que também não tem no mercado, e mais de quatrocentos enfermeiros, técnicos de enfermagem era um número enorme.

Então acho que para mim esse foi o grande ponto, quando o XXX olhou para isso e começou a fazer cálculo, eu nunca esqueço que ele chegou um dia assim pilhado e falou, gente, eu comecei a fazer algumas contas ontem em casa e eu não consegui dormir e ele foi para o quadro e começou a fazer as contas para o grupo né, para o colegiado ali da gestão, e começou a fazer o cálculo, olha, nós temos tantos profissionais, tanto isso, o gasto é esse por ano, né, com isso dá para a gente, se a gente pegar esses profissionais a gente tem carga horaria suficiente para mais de trezentas equipes de saúde da família. (G10)

A Conversão: um ato quase religioso?

Utiliza-se muito o termo conversão quando uma pessoa resolve ‘entrar’ para uma determinada igreja, torna-se um convertido, um ‘escolhido’

Convertidos né, que palavra feia né (F1)

Então é isso, de alguma forma essa ideia de uma ação pastoral tem um pouco disso assim, fui convidado a dizer que oh, isso aqui agora vai ser assim e eu vou te ajudar a ser assim né, era um pouco esse o trabalho, a encomenda, digamos assim, desse trabalho. (F2).

eu acho que o curso ajudou um pouquinho, não sei, porque a metodologia ela foi muito, não se forma médico de família em 222 horas, não existe, entendeu, o curso em si se a gente for pegar a estrutura do curso ela não mudou assim, efetivamente ninguém, talvez ela abriu os olhos para algumas pessoas, de que existe uma forma diferente de fazer a clínica, agora, conseguir efetivamente fazer essa clínica, isso aí eu acho que é o processo de formação individual de cada um, o curso ele, com certeza ele foi insuficiente. (F3)

A percepção de que o processo de conversão como ato religioso foi algo que os formuladores da política, atuante da gestão central da SES-DF, relutaram de início e incorporaram enquanto “apelido” que deu a marca da política.

só uma aspas, esse nome nunca existiu oficialmente né, não tem nenhum movimento social CONVERTE, isso foi um apelido que as pessoas deram ao processo e nós até relutamos no início porque parecia uma coisa meio religiosa assim, mas é o nome que pegou, nós atualizávamos informalmente, mas não com nome social que chama esse processo que teve de CONVERTE. Existiu o termo conversão, quer dizer que eles precisavam se converter, quer dizer que tinha um processo de equipe transição e tudo está bem descrito, mas as equipes precisavam se converter em equipes de Estratégia de Saúde da Família, então essa conversão, converter estava no texto, mas não é esse nome, esse título que foi dado ao processo. (G3)

A Norte e sua experiência promissora

a gente olhou toda a malha da Norte e pensou onde a gente pode lotar essas pessoas, vamos conversar com cada um, vamos colocar aqui, pratos limpos na mesa, quais são as possibilidades, e a gente deixa a pessoa escolher (F4) teve muita gente que ajudou, na Norte a gente sempre teve muito, [...] teve gente muito boa próxima assim para dar suporte para a gente (F3).

Então assim, cada pessoa a gente tratou de um jeito, mas, por exemplo, eu fiz reunião com todas as pessoas que saíram da atenção primária né, eu que escrevi as atas, e eu não lembro de ninguém hoje ficar com raiva de mim, então assim, entendiam que eu estava fazendo o meu trabalho mesmo e a gente fez o melhor possível... (F4)

o CONVERTE ele rodou em tempos diferentes dependendo da região, falavam para a gente que a Norte era a mais atrasada, sempre falaram para a gente era a região que para a entrega do plano de conversão era um dos mais atrasados (F3)

eu acho que o processo que aconteceu na Norte foi mais bem estruturado, da época foi mais bem estruturado, hoje eu estando em outra região conversando com alguns especialistas que passaram por esse processo, acredito que eles trazem essa impressão de que eu não tive opção, eu tive que fazer isso, eu tive que fazer o CONVERTE e eu estou aqui agora insatisfeita, não vejo a hora de me aposentar para sair dessa bagunça, eu tenho essas impressões. Agora, na Norte, tanto que eu sempre remeto muito ao processo que foi feito na norte e claro que essas pessoas que eu recebi eram pessoas que estavam com a cabeça aberta, que elas realmente tinham, tinham com elas que elas optaram estar ali, então acho que foi um processo muito mais fácil, mas não foi assim em todo lugar, disso eu tenho bastante consciência, inclusive, na própria região norte tinham pessoas que não queriam, mas que optaram por estar nessa condição, na atenção primária e levaram isso como uma imposição a elas.(F1)

nesse processo de CONVERTE da região norte, que foi inclusive super bem-sucedido assim, foi uma experiência bem exitosa, a que a gente teve de conversão na região norte (G1)

Mas nem todas as regiões de saúde de Brasília fizeram igual:

*uma portaria não vai mudar tudo se não tiver um substrato, para que isso aconteça e como eu comentei assim, algumas regiões já vinham fazendo essa mudança de **modelo**, já tinham feito esse enfrentamento e aí tinha muito a ver também com o investimento das gestões anteriores em compor equipes de saúde da família, chamar concursos, voltados aí para, no caso de medicina de família e que privilegiaram por causa da residência G6*

a gente sabe que a ponta faz toda a diferença no processo, a gente tentou facilitar o máximo possível a comunicação entre o nível central e a ponta G2

*principalmente a supervisora, ela acompanhou o trabalho dessas salas, então ela ficou observando, assim, ficou na sala da criança, ela ficou na sala da mulher, conhecendo o trabalho, **vendo como as pessoas trabalham para ver***

também, enfim, o que tinha de bom e o que o não tinha para poder ser uma mudança mais assim, a partir do que se faz, o que dá para se manter, o que tem que mudar etc. G5

CONVERTE: um apelido ou uma acusação?

Do ponto de vista formal, o Converte visava racionalizar a Atenção Básica, que possuía vários modelos de atenção coexistindo há tempos.

*a ideia era de ampliar mesmo a atenção primária com o que tinha na época, então de oferecer aos médicos que estavam já na atenção primária, que eles tivessem a oportunidade de dar seguimento ao trabalho que vinham fazendo, porém com **outra especialidade**, como Médico de Família e Comunidade (F1).*

Então assim, as unidades básicas, centro de saúde, cada uma tinha o nome diferente também, mas elas comportavam uma prática clínica, seja médica ou não médica, muito heterogênea, digamos assim, com uma amplitude muito grande e muito heterogênea, então qualquer experiência poderia ser uma experiência de atenção primária e esse projeto ele veio de alguma forma normatizar essa, ou tentar disciplinar essa prática de atenção primária, então foi um projeto que depois de algum tempo, aí não conheço a experiência mais anterior; eu sei de relatos de gente que fala de saúde em casa, dos anos 90 ainda, e algumas outras experiências nesse sentido, mas na experiência recente é isso, agora é assim, agora a nossa atenção primária vai ser assim, quem quiser trabalhar na atenção primária assim vai poder se converter; quem não quiser vai sair da atenção primária. (F2).

Mas de fato houve um certo processo que culminou com os decretos:

a impressão que eu tenho é que o CONVERTE foi isso, foi uma coisa que muitas pessoas levantavam a bandeira, que a gente precisava radicalizar a atenção primária e meio que foi radicalização, sabe, só fui perceber isso, sei lá, depois de muito tempo que eu converti no passado, olhando para atrás, e assim, pensando na estrutura mesmo do plano, sabe, foi muito, foi muito feito a toque de caixa, quase não teve conversa olhando assim, a Secretaria da Saúde falou “faça”, e acho que tinha muita gente na época, os médicos de família que acreditavam na proposta, sabe, e acreditavam na ideia, apareceu gente de todo lado, então vamos fazer, então vamos fazer, pelo menos ali na Norte a gente teve muito apoio e eu acho que a ideia foi muito bem vendida e acho que isso muito de ter sido bem vendida é mérito do Y, sabe, e ele tinha uma eloquência muito boa e convenceu a gente que aquilo dali era o melhor, que ia dar certo e que a gente ia conseguir, pelo menos eu fui muito convencido disso e os colegas de trabalho todos também, a gente levantou a bandeira e juntou todo mundo e falou, vamos fazer. E aí talvez foi um dos anos mais sofridos da minha vida assim, nós trabalhávamos muito...(F3)

a impressão que a gente tinha era justamente que era uma formação mais fechada mesmo, que veio mais de cima, pelo menos que eu saiba não houve

muita oportunidade para participações mais amplas na formação da política (F2).

A implantação das equipes se deu de forma bastante heterogênea entre as regiões.

a gente falava de população pela estimativa, não era do censo, era da SVS, a SVS fez uma estimativa por região administrativa, então a gente usava essa base de cálculo e número de equipes, então você calculava como é que era feito, como que era a estrutura do plano? Você calculava o volume da população que a SVS falava, o número de médicos, o número de enfermeiros, e o número dos técnicos de enfermagem, com essas três categorias profissionais você ia montando as equipes, essas equipes a gente distribuía baseado nesse volume de população, que a SVS indicava e era isso. E aí os médicos principalmente, a gente calculava o tanto de médicos que iam participar do processo de conversão e qual seriam os médicos que sairiam da atenção primária, a estrutura do plano de conversão era isso, e aí esse plano de conversão ele desenhava qual que seria a população coberta e estimada por região de saúde, que era isso que a gente usava também para negociar a lotação de médico de família concursado e de Mais Médicos F4

a gente sabe que hoje houve uma condução um pouco diferente em cada região porque isso dependia muito dos DIRAPS, da força que o DIRAPS colocava naquilo, e da capacidade dos seus gerentes, das habilidades dos seus gerentes levarem aquilo ao final do termo que a gente estava querendo implantar G2,

Mobilizando afetos, vocações, orgulhos e preconceitos

*no final das contas a coisa passou, passou no conselho, foi, infelizmente eu acho que a reforma da APS a portaria 77 acho que foi um troço fantástico, acho que o CONVERTE desde sempre foi um fracasso porque ele trouxe pessoas não vocacionadas e impôs uma vocação a essas pessoas, e **não existe imposição de vocação né, você obriga a pessoa por uma questão econômica** que foi isso o que aconteceu e essa pessoa simplesmente ela, ela não tem opção, ela tem que ir ou ela vai perder cinco, sete mil reais de salário né. [...] Os trabalhadores da saúde, os sindicatos da saúde dentro do conselho da saúde do DF não queriam o CONVERTE, né, o CONVERTE na minha opinião foi uma decisão da gestão que matou a reforma da atenção primária principalmente por que não valorizou os pediatras, que eram médicos em grande parte, não vou dizer todos, obvio né, em grande parte não eram vocacionados, desculpa, os **pediatras eram em grande parte vocacionados para APS**, entendeu, faziam um belo trabalho e eles foram obrigados a deixar de ser pediatras, então tocou no orgulho, **tocou na vocação** e tirou algo que sustentava muito as equipes de APS à época né, vou dizer, sustentava um aspecto positivo da APS à época, entendeu? Bem, aí teve o segundo mais grave erro do CONVERTE, **o primeiro mais grave erro para mim foi essa coisa de impor a vocação a pessoas que não tinham**, algo que não existe, obviamente, não existe imposição de vocação, você só faz de conta que impôs a vocação, mas aí **tocou no orgulho dos pediatras principalmente, obrigando-os a mudar de especialidade, que foi um segundo problema e teve o terceiro problema**, quando a gente disse que, aí eu participei também,*

*né, olha, vocês fiquem tranquilos, vocês vão ser treinados para ser médico de família, o clínico vai ter que atender idoso, criança, mulher e gestante, o pediatra vai ter que atender todo mundo também, todo mundo vai ser médico de família, carreira de medicina de família, certo? Houve a promessa de uma formação de uma educação continuada e permanente, e isso foi basicamente um estelionato, desculpa a palavra pesada né, mas isso foi o que uma colega me disse, ela usou essa palavra “**eu sofri um golpe, que se eu aceitasse eu ia ser treinada e ia ganhar competência, e eu não tive treinamento nenhum, tive um treinamento xexelento de faz de conta, que foi um episódio só para inglês ver e depois acabou**”, aí veio o cemitério definitivo, entendeu, o cemitério definitivo, o que enterrou devidamente o CONVERTE foi isso. Primeiro atacou a vocação, impôs, o orgulho, o orgulho né, impôs a vocação e em terceiro lugar não treinou, aí enfim, a atenção primária estava programada para se autodestruir em dois anos mais ou menos, foi quando explodiu tudo e roeu todo o sistema que foi construído. (N2)*

5.4.4. Diferentes momentos profissionais e de vida

Era complicado né porque primeiro você tinha uma participação muito diferente desses três médicos, eu imagino, eu estava com três e isso foi muito heterogêneo, imagino que o total de médicos convertidos deve ter sido ainda mais heterogêneo. (F2).

*Em alguns casos, como “tinha uma que era pediatra e ela falava “não, eu antes de fazer pediatria eu gostava muito da Medicina de Família e Comunidade [] e ela estava bem assim, gostando mesmo do trabalho, bem envolvida, ela trabalhou muitos anos no pronto-socorro de pediatria e ter oportunidade de fazer esse trabalho agora, tanto que hoje em dia ela é **bem resolvida e ela é bem feliz** como, no cargo de Medicina de Família e Comunidade assim dentro da Secretaria, ela realmente gosta”. (F1).*

Outra, estava como clínica na Secretaria, ela tinha pouco tempo de formada, então ela tinha a carga da faculdade ainda, e ela viu aquele momento um momento de aumentar o conhecimento, então ela também estava bem empolgada e feliz”. (F1).

Outros dois que eram antigos e eu lembro que ele estava mais ou menos feliz, mas ele tinha optado por isso e então ele ia fazer, e a outra também, tanto que até hoje, encontro com ela feliz da vida atendendo na atenção primária”. (F1).

*Conversando com alguns especialistas que passaram por esse processo, eles trazem essa impressão de que” eu não tive opção, eu tive de fazer isso, eu tive de fazer o CONVERTE e eu estou aqui agora insatisfeita, **não vejo a hora de me aposentar para sair dessa bagunça**”, eu tenho essa impressão. (F1).*

Então acho que eles realmente estavam bem dispostos a ser médicos da atenção primária conforme o modelo de ESF. (F1).

eu discutia com eles e sempre no final do período assim, a gente discutia alguns casos, abria o livro e via algumas coisas, eu achava bem legal que a gente tinha muita troca assim nesse momento né. que queira ou não eles eram especialistas, eles são especialistas também né, e era bem legal e eu dei muita sorte, eu peguei um grupo muito bom, e estavam bem interessados assim em realmente fazer de uma forma correta. (F1).

então houve esse momento de uma virada de um projeto, então e me parece

que é um projeto que não veio de uma construção coletiva ou de um contínuo histórico, mas de uma decisão política do gestor de plantão a época que tinha essa concepção da qual até me aproximo em algumas partes, mas enfim, não é uma questão de concordância ou não, mas de uma perspectiva de que ele decidiu como uma decisão de gestão que o modelo ia ser desse jeito e operou a política no sentido de direcionar os recursos humanos especialmente nessa parte do CONVERTE para essa atividade que é a única que seria comportada na atenção primária, então veja, de unidades básicas de saúde que comportavam pediatras que atendiam somente adolescentes com asma, agora todos teriam que ser generalistas, né, e isso gerou um monte de repercussão. (F2).

tem um colega que eu trabalhei com ele e acho que ele realmente comprou a ideia, no começo eu não estive com ele, mas pessoal fala que no começo ele tinha seus medos, seus receios, anseios, mas ele foi, tipo, aceitou né e se enquadrou ali (F1).

as pediatras elas manifestaram interesse, falaram olha eu queria, eu não atendo adulto, não atendo hipertensão, não atendo diabetes, não atendo uma série de coisas que são prevalentes, digamos assim, na atenção primária e eu gostaria de ver como é que você faz esse atendimento e tal (F2).

Ela tinha tido uma filha recentemente e ela morava muito perto da UBS e ela não queria mudar de locação, mas até do que a questão financeira mudar de locação para ela era muito difícil. (F2).

5.4.6. Forçados ao Converte?

não teve nada explícito, do tipo, se você não aceitar você vai para o pronto socorro, mas em outras regiões de saúde pelo que eu fiquei sabendo, que me contaram, isso foi bastante explícito, ou você vai para o CONVERTE ou você vai para o pronto socorro, e tipo, era o hospital mais lotado que era o Hospital da Ceilândia né, então assim, você escolhe, você pode escolher, vai para o pronto socorro ou então vira Médico de Família e Comunidade. (F1)

ameaça x “um detalhe realçado”

As próprias pessoas da gestão falavam isso para eles e para a gente também de alguma forma, quem não, agora o modelo vai ser assim, a atenção primária não cabe mais pediatra e ginecologista, no caso estou falando dessas duas especialidades porque eram as que tinham e que eu trabalhei, mas imagino que o clínico a mesma coisa e se você não quiser se converter você vai ser realocado em outro local, possivelmente na urgência, você vai perder algumas gratificações que são próprias de quem trabalha na atenção primária. (F2).

a fala era, os pediatras que não quiserem participar do CONVERTE vão ser distribuídos na rede onde mais precisa, e onde mais precisava era o pronto-socorro que a escala era sempre falha, na época teve pronto-socorro que estava sendo fechado porque não tinha RH, então era meio explícito que eles iam para o pronto-socorro. (F1).

não sei se chegaram mesmo, os que não aceitaram, a ir para o

pronto-socorro, mas eu sei que formaram um ambulatório de especialidades do pessoal que não quis participar do CONVERTE. (F1).

Ah certamente, eles não queriam né essa conversão, dita dessa forma, já que o programa chamava CONVERTE foi uma conversão meio forçada né, os médicos eles teriam prejuízos tanto de ordem financeira quanto de ordem de locação de trabalho, se não se convertesse né, então a ameaça que pairava é que eles poderiam ir para a urgência e sairiam do lugar onde estavam trabalhando e que perderiam alguma grana caso eles não se convertessem, então foi uma conversão um tanto quanto forçada, e aí eles tinham muita angústia com relação a isso né, de como eles poderiam, tendo feito uma escolha na vida de serem especialistas em determinada, no caso o pediatra, o ginecologista, e de assumir uma postura mais generalista sobre essa pressão de que se eles não assumissem eles perderiam algum espaço e, então eram principalmente essas duas questões, era dinheiro e a locação de trabalho. F2

*a princípio você pode ser locado, e tinha essa, digamos, esse fantasma, que você poderia ser locado em qualquer lugar, longe da sua casa, e também associada a ele o **fantasma** da urgência. (F2).*

*mas eles não tinham a impressão ou pelo menos eu não tinha com eles a conversa de que eles estavam querendo se tornar generalistas, mas que eles estavam fazendo uma **concessão** para poder se adaptar porque a vida se resolveria melhor deles se eles topassem essa conversão, mesmo eles não querendo. (F2).*

Me parece que a estratégia de implantação desse projeto, embora reconheça méritos no projeto em si eu acho que é um jeito apropriado de organizar a atenção primária, a forma como está proposta, eu tenho a impressão que a forma de implantação desse projeto ela foi muito truculenta, muito autoritária e essa é a impressão que eu recolhi, por exemplo, desses médicos que eu acompanhei, e eu fico pensando se talvez, as vezes um bom projeto com estratégia de implantação ruim ele deixa marcas difíceis de apagar na rede, nos usuários (F4).

Não foi ameaça, foi um detalhe que deixaram bem realçado, que quem não ficasse haveria essa, perderia algumas gratificações, algumas coisas de assistência primária. (N1)

Aspectos financeiros

Ah tem toda a questão salarial também né que tem no DF, e aí eu imagino, entendo que isso também é complicado. (F1).

As gratificações elas, por estar na atenção primária você chega a ter uma gratificação de trinta por cento no salário, isso seria perdido, provavelmente ganharia alguma coisa na urgência, mas haveria uma perda, pelo menos essa era a conta que eles faziam na época. (F2).

Sim, sim, eu acho que a minha redução foi cerca de dois mil e quinhentos reais. (N1)

5.4.7. Resistências e oposições

Uma das críticas encontradas, foi a forma como a reestruturação foi feita

porque tinham muitas forças contra esse movimento e eu acho que se não fosse feito dessa forma ou vai ou racha, não teria sido. Então acho que foi a forma com que a equipe da gestão na época encontrou para conseguir adequar o modelo de assistência. (F1).

no momento foi a forma que eles encontraram de se fazer isso porque se fosse gradual, como muita gente sugeriu, acho que até hoje não teria sido feito, até hoje a gente estaria sofrendo essa dualidade de modelos. (F1).

a gestão maior da Secretaria da Saúde estava muito convencida, toda não, parte dela que não era toda ainda, porque quando teve a mudança do modelo 100% saúde da família na atenção primária ainda teve gente da gestão central que foi contra, que até hoje é, inclusive. (F1).

a gente tomava carteirada todo dia, todo dia, e carteirada assim, não era só médico que dava carteirada não, médico, técnico, OSB, tomava carteirada de todo lado que você imaginar. (F3)

o sindicato dos médicos começou a bater muito nos médicos de família de modo geral, bater a ponto de fazer panfleto para a comunidade falando assim, ah, você deixaria seu filho ser atendido por um médico que não seja um pediatra? E aí a Associação entrou junto, ela falou aqui sim, Médico de Família e Comunidade consegue atender criança, eu lembro que a Vaz fez uma fala na câmara dos vereadores, até câmara dos deputados a gente foi, e aí ela foi fazer uma fala em defesa dos médicos de família (F3)

*[O] presidente do **sindicato** era ginecologista-obstetra, então ele veio para cima, falou, **Médico de Família e Comunidade não sabe fazer pré-natal...** apontou para uma Médica de Família e Comunidade na época e falou, e você aí barrigudinha, você está fazendo pré-natal com quem, com um **medicozinho de família** ou com um ginecologista? Super agressivo, super grosseiro, (F3)*

o que ajudou muito fazer isso foi o apoio que tiveram do conselho de saúde. Então o conselho de saúde se convenceu, o conselho de saúde central se convenceu de que sim, essa era a melhor opção, mas o que eu acho que tornou muito difícil é porque os trabalhadores, a maioria, boa parte né dos trabalhadores que passariam por este processo não estavam convencidos, boa parte mesmo, os próprios gestores, gestores da atenção primária, os GSAPS, não estavam convencidos, mas tiveram que fazer, eles eram os gestores na época e então tiveram que participar do processo, e fora o sindicato né, que também não estava apoiando a ideia...(F1).

Resistências ao modelo de atenção

na unidade que eu estou ainda tem um gineco, tem uma pediatra, e ainda é aquilo, é criança passa para fulano, é gestante fulana atende, isso, e fora o processo individual mesmo né, de paciente com hipertensão, vamos tratar o paciente com hipertensão, é bem um atendimento ambulatorial. (F1).

a gente sabe que tem um monte de UBS que tem esqueminha, tem esquema de gineco, pediatra e clínico, cada um atende a sua parte dentro de um todo de uma área de três equipes, entendeu, então assim, porque não tem fiscalização, não tem auditoria de serviços G7

tinha região que escondia profissional, então tipo assim, para não tirar, para não levar para outro nível de atenção ou até mudar de UBS, mudar de região G6

tinha um pouco essa ideia, na verdade que cada um fosse assumir uma equipe, a ideia inicial deles né, que cada um fosse assumir uma equipe, mas aí o que fosse mais de criança passasse para o pediatra, o que fosse mais ginecológico passava para o ginecologista, e eles tinham essa deficiência do clínico né, que não tinha, então de alguma forma eles tinham essa necessidade, principalmente o ginecologista não aderiu muito no processo, mas as pediatras foram bastante proativas no esforço de tentar atender uma clínica um pouco mais ampliada. (F2).

e o ginecologista praticamente não interagia, era super desconfortável inclusive, porque quando eu ia acompanhar os atendimentos dele ele ficava lá atendendo e ele praticamente não dialogava e quando ele veio atender comigo ele atendeu, ele veio, faltou duas vezes, veio duas, e também não falava nada, ficava lá, então não faço, desse aí, por exemplo, não faço a menor ideia de quais sejam as competências que ele possa ter adquirido. Então assim, experiência muito heterogênea e imagino que tenha sido muito heterogênea no geral. (F2).

então assim, essa é uma vivência que a gente teve assim, dos usuários que ainda hoje chegam lá, como é que marca consulta de ginecologia, como é que marca, porque de alguma forma eles tinham isso né, e das próprias equipes de compreender que não se marca mais consultas de ginecologia e de pediatria ou de clínica em si, porque agora tem a consulta médica que em tese é para resolver, para lidar com os problemas das pessoas. (F4).

se não for uma política bem investida assim da Secretaria da Saúde como um todo, e aí é um todo mesmo porque até mesmo na Secretaria da Saúde a gente vê uma fragmentação, então tem parte que quer a atenção primária dessa forma, tem parte da gestão lá que não, que a atenção hospitalar é o que importa, hospital terciário é que tem que fortalecer, então enquanto a Secretaria da Saúde como um todo, como uma instituição não entender, não compreender a importância da atenção primária, eu vejo que esse cenário atual, todo esse cenário em algumas unidades eu não vejo muita saída não, então vai ser isso mesmo até as pessoas se aposentarem e entrarem outras pessoas lá. (F1).

Emoções e afetos

nessa parte prática não me foi passado, então era muito isso de ver o que eles estavam precisando, qual era a angústia deles e tentar, que a angústia era grande, né, então... (F2).

uma delas era uma pediatra que estava muito resistente, ela não queria, não, toda vez que a gente terminava de atender um caso de adulto, sei lá, uma saúde mental, um caso um pouco mais complexo, ela, meu Deus do céu, onde é que eu estou me metendo, não posso fazer isso, não nasci para isso, enfim, ela trazia de uma maneira muito contundente isso. (F2).

tinha um colega que ficou tão nervoso, tão nervoso, diabético já, insulina dependente e tudo mais, e estava bem idosinho, e ele não se encaixou em lugar nenhum, lugar nenhum porque ele era daquela época que Médico de Família e Comunidade ia para postinho para aposentar, só que ele estava longe de aposentar, era um vozinho novo, ele tinha pouco tempo de Secretaria da Saúde e isso adoeceu muito, adoeceu muito porque não conseguia se encaixar (F3).

esses dias eu estava conversando com uma pediatra que não optou passar pelo processo do CONVERTE, mas ela ainda fala com bastante mágoa e chateada por ter saído da atenção primária. Assim, ela ainda falou assim “eu escolhi ter saído, mas eu não queria, então isso até hoje me dói muito e ano que vem vou me aposentar”, então foi exatamente essa a fala dela, e encheu o olho de lágrima na hora que começou a falar disso, então pensa né, já tem quatro anos que passou pelo processo e ainda tem gente sofrendo pelo processo, pela forma talvez como foi feita, não sei se foi muito rápido né, pessoas que estavam ali fazendo aquele serviço há vinte anos, vinte e cinco anos e aí de repente eles tiveram que optar por não fazer mais aquele serviço ou fazer aquele serviço diferente né, estar naquele serviço de forma diferente. (F1).

não sei na cabeça deles, coitados, porque realmente, é difícil assim, é complexo, imagina, você passa vinte anos para atender numa especialidade específica e aí daqui dois meses, três meses, sei lá, quatro meses você vai ter que atender como generalista, algo que você fez há vinte anos diferente, então eu consigo me colocar no lugar deles e imagino que deve ter sido um sofrimento, com certeza houve um sofrimento aí (F1).

estava todo mundo super ansioso, nervoso, tinham pessoas que faziam trabalhos espetaculares na atenção primária, especialistas focais que faziam trabalhos espetaculares na atenção primária e que saíram, sabe, então assim, tinha gente que se sentia desvalorizado, tinha gente que trabalhava no mesmo lugar há vinte anos, entendeu, e assim, deu o sangue, reformou o espaço, e essas pessoas saíram do trabalho delas, elas não queriam sair dali, então pensa como é que foi para essas pessoas ter desconstruído uma coisa que elas acreditavam muito, que elas faziam e faziam bem, que tinham reconhecimento demais e de repente sair dali. (F3)

eu vejo que tem cinco anos do processo e eu vejo que tem dificuldade, tem resistência, tem inseguranças. Eu vejo que tem gente que tudo bem, eu aceitei e quero mesmo isso, mas [tem] esse, não estudou, não se interessou, não foi atrás, entendeu, ainda está esperando não sei, sei lá, alguma capacitação, alguma formação específica. (F1)

[Para] maioria foi que foi uma transição difícil mesmo, sabe, esse pessoal sofreu muito, sofreu muito. (F3).

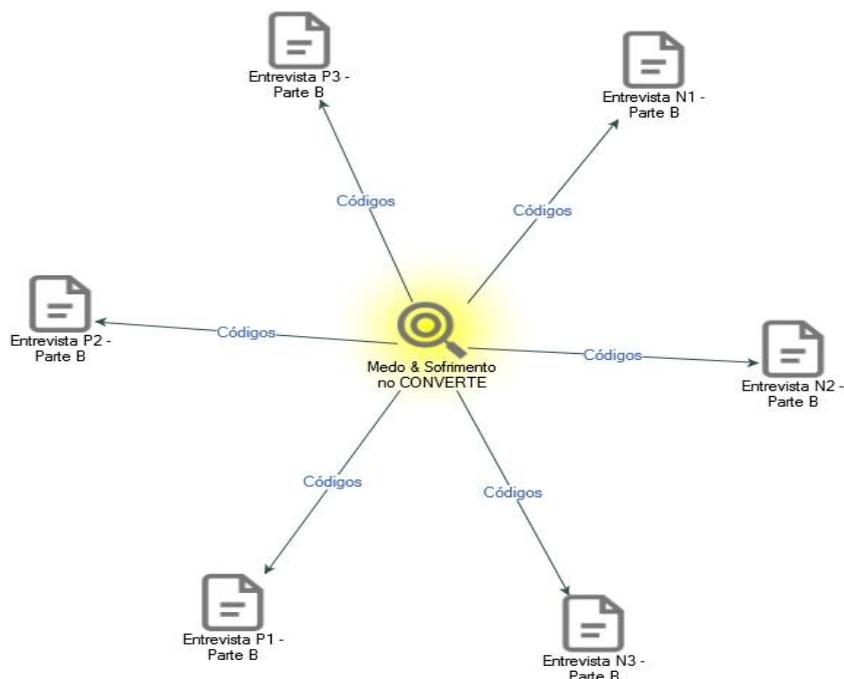


Figura 30. Pesquisa das palavras *medo, sofrimento, desrespeito, adoec**, *trauma ou constrangi** nas entrevistas dos grupos p+n

Fonte: elaborado pelo autor.

Eu acho que a gente poderia, daria tranquilo para a gente ter feito e ir diminuindo as demandas gradativamente e ido para a secundária. A gente tem muito receio porque a gente acha que muitos pré-natais foram prejudicados, foram interrompidos, sabe? Então, pode ser que o que me fez não aderir foi isso, o meu receio de não estar capacitada para atender idosos e criança principalmente. (N1).

Transparece o sentimento negativo de que o seu trabalho previamente realizado, e agora substituído, foi-lhe expropriado, um aspecto de que já não mais o pertence, nem há garantias de que será efetivamente substituído adequadamente. Soma-se a isso o receio de incapacidade, de não atingir as competências ampliadas esperadas ao cargo que substituiu suas funções no Centro de Saúde.

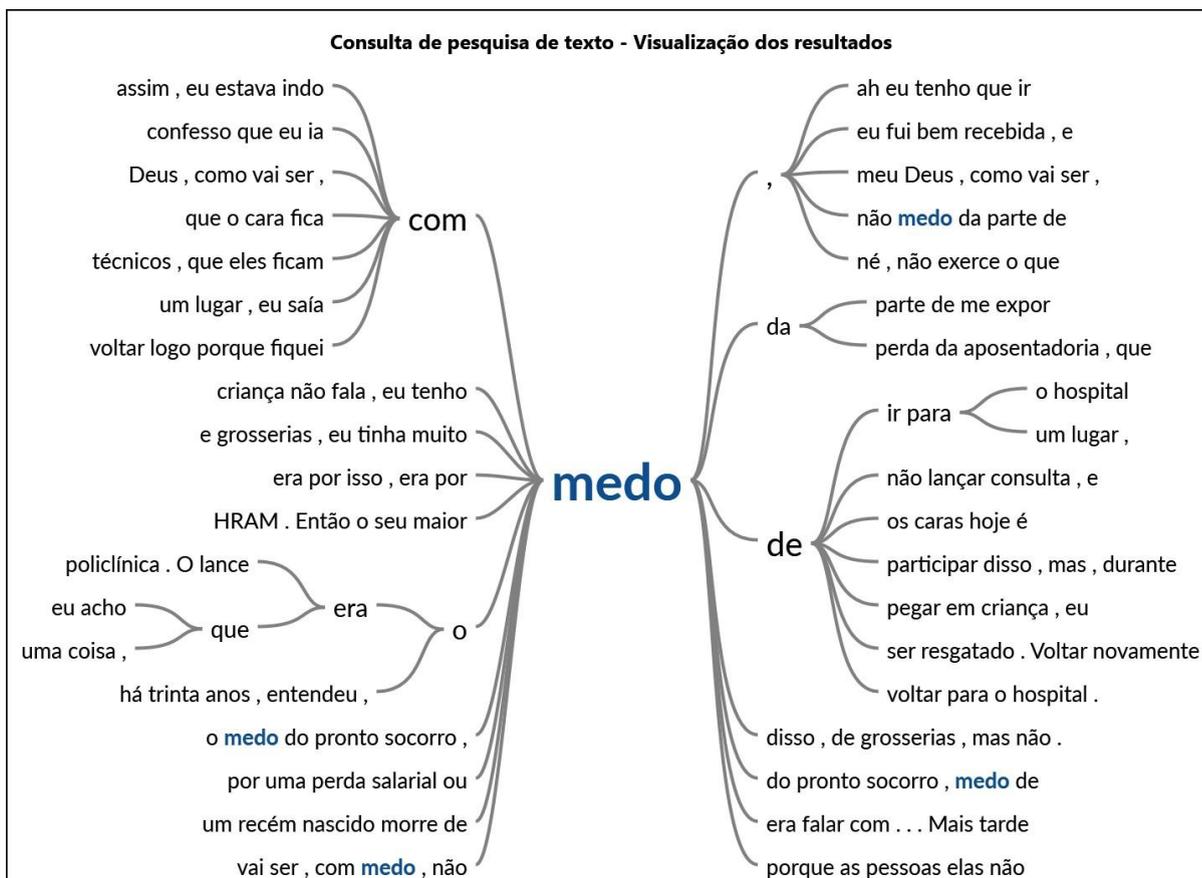


Figura 31. Árvore de palavras – Medo, nos grupos N e P

Fonte: elaborado pelo autor

O imbricamento entre os interesses pessoais, corporativos e as pautas políticas

Brasília é uma cidade que, Brasília tem mais política do que qualquer outra cidade, ela tem mais imprensa que qualquer outra cidade, os sindicatos são mais fortes que em qualquer outra cidade, então não é fácil não, é bem complicado, tanto Estado quanto município, então foram vários enfrentamentos...G7

o DF estava passando por um processo que tinha acabado de sair de uma gestão, de um governo, então as contas estavam bem justas, não podia se fazer mais contratações, concurso né, e concurso também é demorado, tanto que saiu outro concurso mais para o final da gestão, no meio assim acho que mais ou menos, mas tinha lei de responsabilidade fiscal, então assim, tinha que pegar o pessoal, o RH que eu tinha para tentar aumentar a cobertura, mais ou menos também é esse lado, e aí uma das opções foi isso, vamos então transformar estes médicos que já estão fazendo a atenção primária de alguma forma em médicos de família né, médicos de atenção primária, em generalistas para conseguir ter aumento de cobertura. (F1).

tudo o que é feito na gestão do DF, depende do tempo político que a gente consegue fazer, então não dava para fazer isso numa mudança de gestão, e aí a gente precisava muito da força, ramificar isso através dos braços gestores nas regiões né, então o Secretário agiu intensamente G2

a opção, como foi aquela velha estória de se colocar pneu com o carro andando, então quando a gente foi fazendo o CONVERTE e foi vendo que tinha gente que não ia, que não ia, já foi se criando a secundária assim, entendeu F5

recebi uma ligação de uma pessoa lá de cima, estava lá em cimão, falando assim para eu diminuir meu ritmo porque, e a nossa forma de fazer porque a gente da região norte estava muito acelerado, estava fazendo o projeto muito bom e que isso estava gerando desconforto nas outras regiões de saúde G1

Política, na verdade é politicagem. Quem tem costa quente, tem costa quente, quem conhece deputado federal, senador, quem conhece o superintendente, aí se protege, geralmente tem pessoas que pegam cargo de gestor, favorece os próprios, os seus. Tanto é que quando foi para eu sair, ela me tirou porque queria colocar uma amiga dela. (P2)

5.4.8. Janela de Oportunidade – uma nova APS para Brasília

A construção da rede de cuidados

então era assim, você tinha a atenção primária, que era feita nos centros de saúde e postos de saúde rurais, e os postos de saúde urbanos, e você tinha os serviços hospitalares, a malha de secundária ela era estruturada de acordo com o desejo dos médicos que tinham suas especialidades, por exemplo, tinha uma colega neuro pediatra que ela gostava de atender neuro pediatria, ela percebeu que o lugar que tinha muita criança com muito problema é lá no X, ela foi atender neuropediatria lá e isso se dava assim F4

Quando teve o CONVERTE e aí a gente percebeu o número de profissionais que saíam da atenção primária e não se enquadrariam na rede, e quando a gente começou a perceber a dificuldade, na verdade, de retaguarda da atenção primária, aí nasce a ideia de construir a atenção secundária, entendeu? E aí daí a gente começou a fazer o plano de construção da atenção secundária baseado no volume de servidores que tinham saído da atenção primária, e no volume de retaguarda que a gente precisava fazer para a atenção primária que estava meio capenga, porque como saiu muita gente da atenção primária do dia para a noite, então a atenção primária ficou meio capenga assim, todo mundo com sobrecarga de trabalho, não que já não existisse, mas o modelo convencional que tinha aqui em Brasília, protegeu muito, porque o pessoal limitava a agenda e o centro de saúde falava F4

A atenção secundária ela começou, [] ele e a ela desenharam praticamente, o plano inteiro da secundária, praticamente tudo, junto com o pessoal do CONASS, a secundária começa a ser gestada ali acho que agosto, setembro de 2017, ela começa a pegar mais corpo ali em dezembro de 2017 para a gente começar a ter as primeiras publicações dela de 2017 até abril de 2018 foi o período que ela foi sendo construída, aí a construção da secundária foi uma construção bem mais coletiva, sabe, toda a estrutura dela não existe né, se você for olhar na literatura não existe muita publicação sobre modelo de

atenção secundária com administração direta, e serviço público, o pessoal geralmente terceiriza, então a gente fez uma série de encontros com o pessoal do CONAS, com muita coisa, foi bem legal assim, a gente ajudou a escrever a portaria F4

teve uma médica que era pediatra e essa também desistiu pouco depois que tinha começado o processo que foi para o berçário, mas ela era neonatologista, entendeu, então assim, você tinha profissionais com formações, por exemplo, tinha pneumopediatra também lá na UBS, tinha neonatologista, pneumopediatra, enfim, essas pessoas estavam fazendo ou suas clínicas especializadas na própria UBS, no centro de saúde, ou estavam fazendo uma clínica generalista diversa da formação delas, então assim, de certa forma, eles foram melhores aproveitados G6

Supervisão e apoio

a ideia dessa parte prática era colocar o que eles tinham visto nas aulas teóricas e como que era o andamento do serviço, a prática do Médico de Família e Comunidade não só voltado para o tema que eles tinham visto, mas no dia a dia, nos processos de trabalho, da interação com a equipe, de reunião de equipe, isso tudo eles participavam. (F1).

Tinha a carga horaria certinha, eu não lembro quanto que era essa carga horária, sei que eles passaram cerca de um ou dois meses e eles iam acho que era umas três vezes na semana. (F1).

nesse apoio da parte prática tinha bastante liberdade para ver como fazer porque não foi dada nenhuma instrução específica sobre o que era para ser feita, mas a ideia era essa, que eles atendessem, eu ver eles atendendo, eles me vendo atendendo e a gente discutir casos, esse tipo de coisa, e eu fui montando um pouco nessa perspectiva, vendo o que era o interesse deles também. (F2).

eu percebi isso como um espaço livre de alguma forma de formulação para imaginar como ser útil para estes médicos nesse momento, e é isso, não veio um pacote de competências ou de objetivos, ou de estratégia. (F2).

eu lembro que a gente fez uma certificação, digamos assim, de que cumpriu aquela parte, eu assinei que eles fizeram aquela parte prática, entendeu, cumpriram aquelas horas práticas, aquela quantidade de horas. (F2).

Eles basicamente atendiam, viam consulta, a gente chegou a fazer visita domiciliar e poucas vezes eles participaram de reunião de equipe. (F1).

Eu meio que programava, então assim, no dia que estava o pediatra eu evitava colocar crianças, tinha demanda espontânea que vinha, mas das consultas programadas eu tentava colocar outras coisas para eles verem e mostrar um olhar mais integral assim da consulta, da avaliação individual, um olhar bem de atenção primária, de Medicina de Família e Comunidade mesmo, eu tentava sair um pouquinho do usual, como é que trata essa doença, claro que tinha que ter isso também porque eles tinham que ter essa segurança, de tratar uma hipertensão, mas eu tentava trocar esse olhar mais

integral (F1).

mas eles tinham alguma forma de presença sim, que tinham de cumprir tantas horas, tanto que eu lembro que uma falava “ah falta tantas horas para cumprir, eu posso vir mais dias nessa semana?”. (F1).

Esse processo em campo, a maioria das regiões não tiveram, eles passaram pelo processo teórico e depois das aulas teóricas pronto, você vai agora atuar como médico generalista, entendeu? F1

a gente chama de consulta ombro a ombro né, no campo da residência médica, não é exatamente essa a formação F2

Alguns Apoiadores eram médicos generalistas que entraram após o Converte

Mandaram um material, a portaria 77 e 78, mandaram as portarias que foram feitas para explicar um pouco o projeto, tinha um curso à distância, semi presencial na verdade, do qual eu não fiz parte e tinha uma parte que era prática que era de atender junto com esses médicos que estavam se convertendo que eram especialistas focais, especificamente no meu caso eu trabalhei com duas pediatras e uma ginecologista. (F2).

Olhares sobre o que é ser generalista

*era uma médica super experiente, ela tinha mestrado, ela era, tinha sua especialização em infectologia pediátrica, então ela fazia uma parte da carga horária dela na época no ambulatório de crianças e adolescentes com HIV, e ela estava muito angustiada de deixar, porque assim, ela não poderia fazer mais esse trabalho porque ela teria que ficar as quarenta horas como generalista, e isso me deu até uma certa aflição porque ela era uma profissional muito qualificada assim, ela tinha mestrado, participava de pesquisas, e **me parece um profissional mais difícil de substituir do que um profissional generalista**, em que pesa em ser um generalista e compreender a importância desse profissional. (F2).*

o pediatra de certa forma, ele já tem um olhar um pouco mais ampliado né, para a comunidade, para a família. (F1).

tem um colega que eu trabalhei com ele e acho que ele realmente comprou a ideia, no começo eu não estive com ele, mas pessoal fala que no começo ele tinha seus medos, seus receios, anseios, mas ele foi, tipo, aceitou né e se enquadrou ali, agora os outros eu vejo que tem cinco anos do processo e eu vejo que tem dificuldade, tem resistência, tem inseguranças. Eu vejo que tem gente que não, tudo bem, eu aceitei e quero mesmo isso, mas nesse, não estudou, não se interessou, não foi atrás, entendeu, ainda está esperando não sei, sei lá, alguma capacitação, alguma formação específica. (F1).

mas essa profissional, por exemplo, que era sub especialista no Centro de Saúde e tal e que tinha essa, tinha mestrado, tinha uma formação, ela teve um desempenho, se eu fosse fazer uma avaliação ela teve um desempenho super bom, ela adquiriu rápido, ela conseguiu compreender a natureza do serviço que se tratava, conseguiu fazer em paralelo com o que ela fazia com

as crianças com os adultos, enfim, foi tentando construir esse personagem do Médico de Família e Comunidade ou da médica generalista que ela está se propondo a ser ou que estava aceitando ser mediante as condições que estavam vigentes (F3).

o Médico de Família e Comunidade ele tem que trabalhar a gestão da sua oferta, ou seja, ele tem que trabalhar generalista, é tudo, e tudo e nada são coisas muito parecidas, então você pode, como é que você vai organizar o seu horário, o seu momento, sua disponibilidade de carga horária para atender as diferentes demandas que aparecem, então essa era uma questão que aparecia para eles de uma maneira, mas é isso, quantas horas vou atender de, sei lá, a pediatra, quantas horas eu vou atender de ginecologia? Quantas horas vou atender de clínica? Né, e assim, quebrar essa ideia de que ela não ia ser uma pediatra que também atendia clínica e ginecologia, é uma ideia difícil de quebrar, difícil de entender que não é que o médico generalista é um clínico que também faça pediatria e GO, ou uma pediatra que também faça GO, né, que é uma prática médica distinta, é uma prática de atender pessoas com as suas demandas e com suas queixas e tal. Para você ver que é difícil de explicar e para eles era difícil de entender também. (F3).

o que teve de situação do tipo, ah, o médico de família tocou você? O médico de família fez o exame especular, não pode, sabia? E aí colocava na cabeça da população que a gente não podia fazer determinadas coisas. E aí tinha assim, sabe, assédio atrás de assédio, e até hoje acontece, aqui na Norte de vez em quando a gente tem situações de ah, foi um médico de família que colocou o seu DIU, por isso que está mal colocado, por isso que está deslocado, por isso que está perfurado, entendeu? (G7)

5.4.9. Virada de chave

então eu considero assim que o pulo do gato, a virada da chave foi olhar, fazer uma leitura da rede, olhar o potencial que ela tinha, tinha um número muito grande de profissionais, mas espera aí, nós temos mais de trezentos médicos atuando nessa atenção básica tradicional entre clínicos, gineco e pediatra, o que nós vamos fazer com tudo isso? Nós vamos contratar mais trezentos médicos de família que também não tem no mercado, temais de quatrocentos enfermeiros, técnicos de enfermagem era um número enorme. (G10).

Rodar o CONVERTE era não tem nenhum servidor na atenção primária que não estivesse em processo de conversão, ter 100% do servidor, e servidor igual o médico e o enfermeiro que nessa época a gente negligenciava, o plano negligenciava completamente os técnicos de enfermagem e as categorias profissionais não médicos e não enfermeiros, negligenciava mesmo assim. A gente começou a pensar mais na divisão dos técnicos de enfermagem mais para frente, os ACS, eu nem estava quando foi executada a reorganização dos ACS, e aí três de julho foi o dia que assim oh, hoje a gente não pode ter nenhum médico que não seja pediatra, clínico ou gineco obstetra ou Médico de Família e Comunidade na atenção primária. Pediatra, clínico e gineco ele vai ter de estar inscrito no curso do CONVERTE para passar pela fase de transição, então isso na região Norte rolou em julho, e aí você pensa o desgaste de fazer reunião (F3).

no começo eles tinham uma ideia, ah isso não vai virar, mas aí quando começou a sair o primeiro, a sair o segundo, não só eles que estavam saindo, mas o resto, o restante da unidade né, porque assim, eu estou falando porque eu trabalhei mais com os médicos, mas tinha, eu trabalho hoje em dia com enfermeira que era da vigilância, e agora ela tem, assumiu uma equipe de saúde da família, ou uma enfermeira que era da ginecologia, que acompanhava um ginecologista e agora ela está assumindo uma equipe (F4)

mas eles falavam, cuspiam marimbondos para falar da Secretaria e do projeto... (F4)

mas tinha também uma clínica e uma pediatra e duas ginecologistas que saíram nesse período porque não topavam fazer parte do CONVERTE e foram locadas no Hospital Regional de Taguatinga. (F2)

eu fui vendo as saídas né, então assim, saiam nomeações, a médica que estava trabalhando até quinta-feira e na sexta-feira ela não vinha porque foi nomeada para um outro local, me parece que tinha ali um componente que eu chamaria de um certo terrorismo porque, e foi caindo um por um, entendeu, não foi uma coisa organizada, assim, não saíram todos de uma vez, e aparentemente eles não sabiam quantos sairiam, então isso era uma coisa que era meio angustiante para eles, agora foi fulano, passou uma ou duas semanas e ia o outro, passava um mês e ia mais um. (F4)

6.4.10. Olhares sobre o Converte e a atual situação

Acho que essa estratégia foi muito autoritária por isso, por usar um instrumento de intimidação para, e eu considero que mexer com dinheiro e mexer com locação intimida as pessoas, e eu considero isso porque as pessoas me contaram que se sentiram intimidadas, e talvez eu também me sentisse se fosse colocado nesta situação, imagine um CONVERTE ao contrário né, agora vai todo mundo sair da atenção primária e vai para a urgência, e ou eu vou para a urgência ou vou perder dinheiro, vou ter que me mudar para um lugar muito longe e tal, não sei como eu reagiria, não é o que eu quero fazer trabalhar com urgência, como não era o que eles queriam fazer; trabalhar como generalista, então eu não sei se foi melhor uso de uma mão de obra qualificada, e é isso, tive experiência com uma médica ultra qualificada, de uma médica qualificada, não sei se foi feito o melhor uso dessas pessoas, uso pensando no interesse público né, o governo paga a gente para atender as pessoas e não sei se foi feito melhor emprego desse recurso financeiro e humano para atingir; acho que poderia se ter pensando em outra estratégia, de talvez uma formação mais, ofertar oportunidade de uma formação mais completa para quem quisesse realmente fazer parte disso, trabalhar com núcleos de apoio a saúde da família, com os NASF para acomodar de alguma forma esses profissionais especialistas que estavam ficando fora, que não queriam se converter; eu acho que a gente poderia ter pensado outros arranjos que permitiriam talvez uma implementação mais tranquila e menos conturbada da política (F4)

Reversão, não me parece, acho que está desinvertido, e é isso assim, provavelmente algumas unidades já começam, já devem estar começando a

acontecer experiências diferentes e tal, e aí quando não tem um projeto claro de gestão, o trabalho ele fica um pouco mais livre né, então você vai inventando jeitos de fazer, que a gestão não vai te cobrar que faça diferente porque ela não tem um projeto claro (F4)

eu sou um pouco desesperançosa assim com isso, porque cinco anos depois eu não vejo que teve muitas mudanças, pelo menos no meu campo de prática agora né, eu vi que, mais na região norte, por exemplo, esses dias eu fiz um trabalho lá, na unidade onde eu estava e aí eu encontrei uma dessas médicas que tinham passado no campo de prática comigo e é outra coisa, pode se dizer que lá naquela unidade ela tem esse olhar sim, ela tem uma equipe, ela está trabalhando integrado com a enfermeira, entendeu, programado visitas domiciliares assim, isso eu acho muito legal, agora na minha realidade atual eu não vejo isso não, eu vejo que, talvez quando essas pessoas aposentarem vai, vão ser locados os médicos de família de formação e talvez vá mudar o rumo do serviço (F1)

terminou o processo de conversão que a gente sabe, tem lugar que ainda tem vários especialistas focais atendendo em unidade básica (F3)

depende do que você espera que seja a atenção primária, a verdade é essa, o que você espera que seja a atenção primária, você espera uma atenção primária de ponta em que eu tenha de fato médicos que não são só médicos assistenciais, mas que eles tenham uma bagagem, que usem as ferramentas de medicina de família, que fazem método clínico centrado na pessoa, que trabalham com gestão da clínica, que entendem o funcionamento da rede, no CONVERTE acho que não conseguiu alcançar isso G5

acho que como aumentou o acesso, aumentou o número de profissionais, isso também é uma questão, não é só a mudança de modelo, teve um investimento em lotação de profissionais né, principalmente médico de família e enfermeiros, então assim, teve muita chamada de médico e enfermeiro, então assim, você conseguiu movimentar os profissionais especialistas focais, vamos dizer, para a secundária, principalmente, então começar a montar o nível de atenção que também não existia G5

*a gente teve a oportunidade de ter a atenção primária mesmo deixando de ser subsecretaria, passando a ser uma coordenação, muito mais fortalecida tecnicamente na gestão. Então, sendo mais ouvido inclusive no conselho de saúde, em todas as esferas que são necessárias, no gabinete do governador, então eu acho que **hoje a atenção primária ocupa no DF um papel que eu não via antes como o próprio destaque. Eu acho que esse foi o nosso principal ganho**, que daqui para frente a gente consegue discutir as mudanças G4.*

eu tenho a impressão que a gente está vivendo mais um momento como era o momento anterior a política do CONVERTE de falta de projeto, então a minha impressão é de que no momento não tem um projeto para a atenção primária e como não tem um projeto, o projeto que veio a 77 e 78 com o CONVERTE, de alguma forma ele vai se perpetuando, né, ele não está mais investido como já foi, mas ele não teve nada que se colocou no lugar, então por isso ele continua, eu vejo com, pouco provável que se faça um projeto,

até porque é mais oneroso fazer um projeto de compor equipes com vários médicos e tal, por experiência internacional e por uma série de questões, me parece que organizar com médicos generalistas é mais racional para a atenção primária, portanto isso, do ponto de vista de recurso teriam algumas outras discussões para fazer e tal, mas a impressão que eu tenho é essa, que a atual gestão não tem um projeto claro para a atenção primária, nem clara e nem nebuloso assim, acho que ela não tem um projeto para a atenção primária (F4).

esse processo só vai ser fortalecido quando a população reconhecer e entender que ele está trazendo modificações para a sua vida né, enquanto isso, a gente pode fazer milhões de esforços, mas se lá na ponta isso não produzir concretamente como melhoria de acesso, com atendimento qualificado, resolutivo e humanizado, a gente não fez nada. (G10)

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Este estudo permitiu observar que as portarias tiveram características distintas, sendo que a Portaria 77 apresentou características *Bottom-up* e a Portaria 78, nitidamente *Top-down*. Ao mesmo tempo, nota-se que o que permitiu a mudança de modelo de atenção não foi a força de uma caneta, mas os ganhos progressivos conquistados com as iniciativas anteriores em conjunto com uma série de esforços coletivos.

A produção dos consensos e acúmulos graduais é o que permitiu que a reforma do modelo de atenção à saúde do DF pudesse estar mais pautada por uma estrutura de melhor gestão da captação de recursos federais, embora ainda imbuída de um discurso de eficiência: abertura de espaço para que o ideário liberal de promoção de concorrência entre servidores retire estabilidade e produza uma corrida por atenção às metas.

Há sentimentos de sofrimentos que atravessam os discursos dos entrevistados pela decisão política que, embora os próprios reconheçam a urgência e a necessidade de se reordenar o modelo técnico assistencial do DF, a forma de condução da implementação é referida pelo uso de ferramentas de convencimento que geraram constrangimento e afastamento invés de aproximação e inclusão de corações e mentes dos trabalhadores para o modelo de APS ampliada.

Percebe-se que críticas importantes aparecem nas falas dos entrevistados. Independente de formação de base ou inserção política, a mensagem que ficou para os mais críticos à política implementada do Converte é:

- É preciso ter em vista que o trabalho em saúde é feito da intimidade da relação entre profissional de saúde e pessoa em situação de cuidado, e que se deve ter em vista os desejos, interesses, vocações, expectativas, alianças.
- Alguns dos profissionais não-convertidos tinham perfil de APS, contudo, não acompanharam a rápida evolução da implementação do Converte, sendo que se percebeu uma aposta pelo insucesso da política – dando espaço para o “reverte” – ou mesmo uma desistência da manutenção do cenário, dada a formação oferecida ter sido incipiente, não atrelada a uma política de educação permanente ou mesmo uma maior interface com as instituições de ensino da cidade.
- Lento e gradual, apostando na formação continuada, expansão da residência e evolução natural da carreira dos servidores, em especial dos médicos, é apontado por estes como uma medida estruturante menos incisiva e adocedora.

Por outro lado, há um entendimento dos gestores e facilitadores de que esse foi um mal necessário. A leitura transparece a prerrogativa do interesse público, em detrimento dos interesses individuais dos servidores, além de uma necessária e enérgica medida de ruptura com o caleidoscópio de modelos assistenciais vividos no DF, em especial na APS, que produzia inversões e desvios:

- As medidas de incentivo financeiro, GAB e GCET, produziram uma série de arranjos institucionais que induziam uma convivência parasitária de um modelo tradicional e pouco eficiente, com uma frágil e incipiente ESF, decididamente marginal, paralela e voltada às áreas miseráveis e menos ocupadas pelas equipes tradicionais.
- A característica típica da política local impossibilitava que projetos piloto, medidas graduais e apostas de mudança mais longitudinais convivessem com o interesse privado e corporativo de profissionais de saúde, muitos desses apoiados institucionalmente por políticos locais e da esfera nacional, e mesmo com forte atuação dos sindicatos.
- Há uma excessiva burocratização das relações, que por vezes se operam fora dos devidos espaços institucionais e impedem a conformação de projetos instituintes conjuntos.
- Há uma leitura não-desprezível entre parte dos gestores entrevistados de que a gestão direta diante do arcabouço jurídico-institucional brasileiro está fadada ao fracasso, e o exemplo do absenteísmo dos servidores como um abuso de direitos é marcado como exemplo dos vícios que levam à coisa pública a necessariamente produzir uma resposta aquém às potencialidades da gestão indireta. O fracasso das Organizações Sociais no Rio de Janeiro acendeu um alerta para estes atores, que produziram alternativas na esfera hospitalar e que explicitam um projeto instituinte de modelo de gestão que induziria respostas positivas às necessidades específicas da APS do DF.

De fato, pudemos confirmar a hipótese 2 deste estudo. A hipótese 1 e 3 não foram descartadas, porém os dados apresentados na pesquisa são conflitantes, e estão correlacionados com a dificuldade de compreensão aprofundada de múltiplas experiências produzidas em uma das três maiores cidades do Brasil.

Na hipótese 2, temos que **O acúmulo de saberes, conhecimentos e práticas anteriores dos gestores e profissionais de saúde dos serviços e regiões de saúde de Brasília interferem na implantação/implementação da Nova Política de APS do DF.** Os dados qualitativos sugerem que os locais que realizaram a parametrização de equipes têm maior acúmulo de massa crítica e podem modular a implementação de políticas na região de forma menos traumática, mesmo aquelas de características Top Down, como à instituída pela Portaria 78/2017, conhecida como CONVERTE-APS.

Tais investimentos na equipe incluem, como vimos, investimento em gestão local, apoio à transição de modelo e ofertaram ferramentas educacionais, a exemplo da Região de Saúde Norte (RA de Sobradinho, Sobradinho II, Fercal e Planaltina), associados a um forte e capilarizado processo de formação e qualificação dos profissionais, atrelado a programas de residência e com interface com instituições de ensino.

Uma região com menor tradição em política de APS, com presença de maior atravessamento de interesses privados e corporativos, onde os gestores costumam ser menos perenes e estáveis, associada a uma maior concentração de densidade tecnológica e formação profissional mais especializada em áreas e assuntos afins à atenção hospitalar, como a região central de Brasília, serve como efeito demonstração do outro lado do mesmo fenômeno sugerido na hipótese 2, o que reforça nossa argumentação.

A hipótese 1 indicava que **o modelo de atenção à saúde individualizada, médico-centrada e hospitalocêntrica que prevaleceu até 2010 no DF afeta a constituição de um modelo público de atenção à saúde, de base comunitária, com rede regionalizada e hierarquizada, com fortalecimento do componente de APS, da Estratégia Saúde da Família e das atividades das equipes.** Neste aspecto, percebe-se que há pouca clareza entre os entrevistados sobre o que seria um perfil adequado à composição de uma APS ampliada, no que tange às distinções desse dito perfil com o conjunto de competências e papéis esperados para um profissional que ocupa este cargo.

O efeito limitador e já vastamente criticado da política econômica sobre a política de saúde é de tamanha influência que os aspectos de uma gestão de ideário mais hospitalocêntrico não foi suficiente para desconstituir a política ambulatorial implementada nos primeiros anos de constituição de Brasília, enquanto que a indicação de política tipo *stick and carrot* (aqui mais conhecida como “política da cenourinha”), ao estabelecer o limite prudencial da responsabilidade fiscal, que impede o crescimento de gastos novos, atrelado a uma política de financiamento público do MS que induz a composição de equipes de saúde da família para o pagamento, é apontada como importante indutor para a conversão de modelo de APS no DF.

Não se trata simplesmente de punir os hospitalistas que ocupavam o banco do consultório destinado ao Médico de Família e Comunidade, retirando gratificações e os devolvendo aos hospitais de onde foram formados, mas de compreender a complexidade das instituições e como seus atores influenciam a criação de uma cultura institucional

individualista, pautada no interesse privado do servidor e organizada com base no que se pode oferecer, em detrimento do que se necessita.

Assim, chegamos à hipótese 3, a qual estimava que **o Converte APS foi uma ação de gestão catalisadora da mudança do modelo de atenção à saúde do DF, porém não atingiu todas as categorias profissionais, e deve ser insuficiente sem o apoio e continuidade de implantação de uma política de conversão de modelo para além das mudanças focadas na Atenção Básica.** Seria ingênuo apontar que a política de conversão da APS do DF ao modelo de ESF foi *A* ação catalisadora da implementação de um modelo de APS que mudou.

Em primeiro lugar, os gestores entrevistados, em especial os mais envolvidos na alta esfera de gestão, apontam que o Converte foi uma das ações outras que foram instituídas na última década e que impactaram sobremaneira a mudança de modelo. Lista-se:

- Implementação de protocolo de prescrição e pedidos de exames pelos enfermeiros lotados na APS;
- A própria criação das gratificações específicas da atenção básica (GAB e GCET), que alçaram o MFC ao status de médico mais caro da SES-DF.
- A criação da carreira de MFC, que direciona o profissional para atuação na APS e já com 40h semanais, diferente dos outros cargos de médico da SES-DF, que podem ser lotados em qualquer nível de atenção e iniciam com 20h semanais.
- Chamamento substancial de MFC pelo concurso de 2014 e de 2018;
- Criação da carreira de Enfermeiro da Família e Comunidade, que induzirá a lotação do servidor na APS;
- Estabelecimento de exigência de título de especialista ou residência como pré-requisito ao cargo de MFC;
- A formulação compartilhada, com envolvimento dos Diretores Regionais de APS, gestores do nível central e ainda membros do Conselho Distrital de Saúde na elaboração da portaria 77/2017, que instituiu a Nova Política de APS no DF.
- Ampliação do programa de residência médica em MFC, que sai de uma região para ocupar todas as regiões de saúde do DF, chegando a ser dos maiores PRM do país, mesmo sem complementação de bolsas;

- Envolvimento institucional de diversos MFC de Brasília nas últimas gestões da diretoria da SBMFC.
- Início das ações do QualisAPS, com envolvimento das instituições de ensino da cidade.
- PlanificaSUS sendo implantado em diversas regiões de saúde do DF, com apoio do CONASS.
- Regulamentação na cidade da Atenção Ambulatorial Especializada, o nível secundário de atenção, que até 2017 era pulverizado nos serviços, incluindo hospitais, e não havia instância ordenadora própria na SES-DF;
- Regulamentação e fortalecimento da Regulação no DF.
- Construção de novas UBS na cidade.

Afora essas ações, muitas edificantes no sentido de produzir a mudança do modelo de atenção, verifica-se em algumas falas dos entrevistados que há desvios ao modelo instituído, com resistências, modelos tradicionais ainda vigentes em alguns serviços sem maior intervenção da gestão local, ou mesmo a presença de elementos que sugerem uma implantação parcial da conversão do modelo de atenção, seja com a manutenção de práticas de restrição de acesso, uma clínica ainda pautada nas queixas agudas, focada no consultório médico e com pouca interface com outras formações e práticas.

Contudo, há um persistente discurso de esperança na maioria dos entrevistados e ainda uma compreensão de crescente importância e legitimidade social da APS em Brasília. Uma busca se apresenta, com a conclusão desta tese, que aponta para uma produção de estudos que consolidem a implementação da APS e avance frente aos desafios que se apresentam, seja na melhoria dos indicadores de saúde, até a produção de uma prática profissional e formulação de políticas que mobilize interesses e desejos de um coletivo de trabalhadores que fazem da APS um cenário especializado no cuidar de gente, um SUS que dá certo e uma Brasília que defende a vida!

REFERÊNCIAS

1. Maturana, HR; Varela F. A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana. Mariotti, H.; Diskin L (Tradução), organizador. São Paulo-SP: Palas Athena; 2001. 288 p.
2. Gramsci A. Cartas do Cárcere: 1926-1930. v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.
3. Ministério da Saúde. Caderno de Educação Popular e Saúde [Internet]. 2007. 1–76 p. Available at: <http://www.saude.gov.br/bvs>
4. Pichon-Rivière E. Teoria do Vínculo. 7ª. Zamikhouwsky E (Trad), organizador. São Paulo-SP: Martins Fontes; 2007. 129 p.
5. Silva Júnior AG da, Alves CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 27–41.
6. Costa GD da, Cotta RMM, Ferreira M de L da SM, Reis JR, Franceschini S do CC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm [Internet]. fevereiro de 2009 [citado 3 de abril de 2021];62(1):113–8. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017&lng=pt&tlng=pt
7. Cecilio LC de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. Os sentidos da Integr na atenção e no Cuid à saúde [Internet]. 2001;113–26. Available at: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>
8. BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. [Internet]. Brasília; 1986 [citado 3 de abril de 2021]. Available at: moz-extension://a432eef4-8c9e-4879-be87-170ae0524b5a/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2F8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
9. BRASIL. Constituição Federal (Artigos 196 a 200). Seção II - DA SAÚDE. 1988.
10. BRASIL (Presidência da República/Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos). LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 [Internet]. Brasília; 1990 [citado 3 de abril de 2021]. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
11. BRASIL (Presidência da República/Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos). LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. [Internet]. 1990 [citado 3 de abril de 2021]. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
12. BRASIL (Presidência da República/Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos). Decreto nº 7508 [Internet]. BRASÍLIA; 2011 [citado 3 de abril de 2021]. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
13. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2005;15(suppl):225–64. Available at:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=pt&tlng=pt
14. Motta LC de S, Siqueira-Batista R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. junho de 2015 [citado 3 de abril de 2021];39(2):196–207. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200196&lng=pt&tlng=pt
 15. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF de, Giovanella L, Franco CM, Almeida PF de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cien Saude Colet* [Internet]. abril de 2020 [citado 3 de abril de 2021];25(4):1475–82. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475&tlng=pt
 16. Scherer MD dos A, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2005;9(16):53–66.
 17. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Cien Saude Colet* [Internet]. janeiro de 2013 [citado 3 de abril de 2021];18(1):221–32. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng=pt&tlng=pt
 18. Comunidade. BM da SS de A à SC de S da. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Ministério da Saúde; 1997. 36 p.
 19. Paim JS, Almeida Filho N de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica*. 1998;32(4):299–316.
 20. Básica. BM da SS de A à SD de A. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 144 p.
 21. Harris M, Haines A. Brazil’s Family Health Programme. *BMJ*. 2010;341(7784):1171.
 22. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, MacInko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011;377(9779):1778–97. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
 23. Fertoni HP, Pires DEP de, Biff D, Scherer MD dos A, Fertoni HP, Pires DEP de, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Cien Saude Colet* [Internet]. junho de 2015 [citado 3 de abril de 2021];20(6):1869–78. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=pt&tlng=pt
 24. Morosini MVGC, Corbo AD. Modelos de Atenção e a Saúde da Família. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. 240 p.
 25. Franco TB, Merhy EE, Introdução PIAGDE. Programa de Saúde da Família , PSF : Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial . 1998;
 26. OPAS/OMS OP-A da SOM da S. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas

- Documento de Posicionamento. 2007;44. Available at: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=encao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965
27. Vuori H. Primary health care in Europe—problems and solutions. *Community Med.* 1984;6(3):221–31.
 28. Vuori H. Health for all, primary health care and general practitioners. *J R Coll Gen Pract.* 1986;36(290):398–402.
 29. Castiel LD. Utopia/atopia - alma ata, saúde pública e o “Cazaquistão”. *Rev Int Interdiscip INTERthesis.* 2012;9(2):62–83.
 30. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília-DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: Saúde) M da S (Projeto P da, organizador. *Promoção da Saúde.* Brasília-DF: Ministério da Saúde.; 2001. p. 15–8.
 32. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM da, Santos AM dos, Alves MTSS de B e, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Cien Saude Colet [Internet].* novembro de 2013;18(11):3321–31. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100022&lng=pt&tlng=pt
 33. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Caderno 1. 2000. 44 p.
 34. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Cienc e Saude Coletiva [Internet].* 1 de janeiro de 2013 [citado 3 de abril de 2021];18(1):221–33. Available at: <https://go-gale.ez54.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?p=AONE&sw=w&issn=14138123&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA318628747&sid=googleScholar&linkaccess=fulltext>
 35. Cecilio LCO. Colegiado de gestão em serviços de saúde. *Cad Saúde Pública [Internet].* 2010;26(3):557–66. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/13.pdf>
 36. Cecilio LCO. Cuidar é, sempre, um ato político. *Intervozes – Trab saúde, Cult.* 2016;1:76.
 37. Ayres JR de CM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Vol. 18, *Saúde e Sociedade.* 2009. p. 11–23.
 38. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate.* 2017;41(115):1177–86.
 39. Stotz EN. Necessidades de Saúde: Conceito, Valor, Política. Uma revisão autocrítica. *Intervozes – Trab saúde, Cult.* 2016;1:66–75.
 40. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa; 1974.

41. Gusso G, Machado LBM. Atenção Primária À Saúde. In: Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática [recurso eletrônico]. 2º ed PORTO ALEGRE: Artmed; 2019. p. 172–96.
42. Lima RLB de. Identidade(S) da Medicina de Família E Comunidade Disputas na construção de uma especialidade médica. Fundação Oswaldo Cruz; 2019.
43. Andrade LOM de, Barreto IC de H de C, Bezerra RC. Atenção primária e estratégia saúde da família. In: Tratado de Saúde Coletiva. 1º ed São Paulo-SP: Hucitec; 2007. p. 783–836.
44. Campos CEA. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. Rev APS [Internet]. 2005;8(2):181–90. Available at: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/principios.pdf>
45. Romano VF. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. Trab Educ e Saúde. 2005;3(1):244–6.
46. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Med. 2008;32(4):492–9.
47. Matuda CG, Pinto NR da S, Martins CL, Frazão P, Matuda CG, Pinto NR da S, et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Cien Saude Colet [Internet]. agosto de 2015 [citado 3 de abril de 2021];20(8):2511–21. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802511&lng=pt&tlng=pt
48. Norman AH, Tesser CD. Medicina de família e prevenção quaternária. Rev Bras Med Família e Comunidade [Internet]. 26 de janeiro de 2021 [citado 3 de abril de 2021];16(43):2502. Available at: <https://doaj.org>
49. Navarro VL. a Organização Do Trabalho Em Saúde Em Um Contexto De Precarização E Do Avanço Da Ideologia Gerencialista. PEGADA-A Rev da Geogr do Trab. 2013;13(2):67–82.
50. Shimizu HE, Carvalho Junior DA de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Cien Saude Colet [Internet]. setembro de 2012 [citado 3 de abril de 2021];17(9):2405–14. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900021&lng=pt&tlng=pt
51. Campos GW de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso TT - An anti-Taylorist approach for establishing a co-governance model for health care institutions in order to produce freedom and com. Cad Saude Publica [Internet]. 1998;14(4):863–70. Available at: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lang=pt%0Ahttp://www.scielosp.org/pdf/csp/v14n4/0080.pdf%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/
52. Henrique P, Medeiros R. Do modelo racional-legal ao paradigma pós-burocrático: reflexões sobre a burocracia estatal. Organ Soc [Internet]. junho de 2006 [citado 5 de dezembro de 2021];13(37):143–60. Available at: <http://www.scielo.br/j/osoc/a/TGMH4dYGRVyKs57VmNh8tN/?lang=pt>

53. GDF S-D [SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE]. PORTARIA N° 93, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2020. Estabelece ações, iniciativas e instrumentos para o aprimoramento da governança e da gestão para resultados e instituir a Rede de Gestão na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. [Internet]. Brasília-DF; 2020. Available at: <https://emea.mitsubishielectric.com/ar/products-solutions/factory-automation/index.html>
54. Fonseca HLP da, Cunha Júnior LAP da. A criação do serviço social autônomo do Instituto Hospitalar de Base como novo modelo de gestão hospitalar do Distrito Federal, Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. junho de 2019 [citado 3 de abril de 2021];24(6):2053–64. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602053&tlng=pt
55. Zumpichiatti V, Rodrigues DC. Gestão dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) em uma regional de saúde do Distrito Federal (SES-DF): uma visão do gestor relacionada ao preparo para a função. *Rev Eletrônica Gestão Saúde*. 2013;04(03):843–60.
56. Moraes PN de, Iguti AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2013;37(98):416–26.
57. Campos GW de S. Democratic management and new craft: Concepts to rethink integration between autonomy and responsibility in health work. *Cienc e Saude Coletiva*. 2010;15(5):2337–44.
58. Melo EA, Mendonça MHM de, Oliveira JR de, Andrade GCL de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate* [Internet]. setembro de 2018 [citado 9 de dezembro de 2021];42(spe1):38–51. Available at: <https://orcid>.
59. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018 [citado 9 de dezembro de 2021];42. Available at: </pmc/articles/PMC6385635/>
60. Gomes CB e S, Gutiérrez AC, Soranz D, Gomes CB e S, Gutiérrez AC, Soranz D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Cien Saude Colet* [Internet]. abril de 2020 [citado 3 de abril de 2021];25(4):1327–38. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401327&tlng=pt
61. Harzheim E, D’Avila OP, Ribeiro D de C, Ramos LG, Silva LE da, Santos CMJ dos, et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. abril de 2020 [citado 3 de abril de 2021];25(4):1361–74. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401361&tlng=pt
62. Junqueira T da S. Organização do trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no Programa de Saúde da Família e a reorientação da Atenção Básica [Internet]. [Viçosa]: Universidade Federal de Viçosa; 2008 [citado 2 de abril de 2021]. Available at: <https://locus.ufv.br/handle/123456789/1920>
63. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):383–93.
64. Capozzolo AA, Campos GW de S. No olho do furacão. *Trabalho Médico e o Programa Saúde*

- da Família. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2007;3(9):62–3.
65. Vieira S de P, Pierantoni CR, Magnago C, França T, Miranda RG de. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. *Saúde em Debate*. 2017;41(112):110–21.
 66. Mendes A, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde e Soc*. 1 de outubro de 2018;27(4):1105–19.
 67. Borges Costa L, Esteche FF, Fernandes Augusto Filho R, Benevides Bomfim AL, Aguiar Mourão Ribeiro MT. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 20 de março de 2018;13(40):1–11.
 68. Exworthy M. The performance paradigm in the English NHS: Potential, pitfalls, and prospects. *Eurohealth*. 2010;16(3):16–9.
 69. Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde e Soc* [Internet]. 1 de junho de 2016 [citado 23 de novembro de 2021];25(2):290–305. Available at: <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/fY4tKrkdBSJGrsv7mr3C5Xh/?lang=pt>
 70. Carnut L. Theorizing about Performance Evaluation of Health Systems from the Perspective of Civil Society. *Open J Soc Sci*. 2020;08(06):394–411.
 71. Brasil M (Ministério da S do M. PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2019.
 72. Tasca R, Ventura ILS, Borges V, Leles FAG, Gomes R de M, Ribas AN, et al. Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. junho de 2019 [citado 3 de abril de 2021];24(6):2021–30. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602021&tlng=pt
 73. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais. *Rev APS* [Internet]. 2009;12(2):204–13. Available at: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/307>
 74. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Vol. 83, *Milbank Quarterly*. 2005. p. 457–502.
 75. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. junho de 2003;38(3):831–65.
 76. Giovanella L, Mendonça MHM de, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saude Publica*. 2019;35(3):e00012219.
 77. Giovanella L. Basic health care or primary health care? *Cad Saude Publica*. 2018;34(8).

78. Paranaguá De Santana J, Francisco S, Solon P, Vianna M, De Almeida V, Zuleide R, et al. Aspectos institucionais, do emprego e da atividade do médico na Atenção à Saúde da Família no Distrito Federal: estudo de caso nos setores público e privado [Internet]. 2010 [citado 16 de dezembro de 2020]. Available at: <http://www.observarh.org.br/nesp>.
79. Novick M. Desafios de la gestión de los recursos humanos en salud 2005-2015. Organ Panam la Salud [Internet]. 2006;33. Available at: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/58642/mod_resource/content/1/desafios-gestio-n-rh-esp.pdf
80. IBGE (Diretoria de Pesquisas C de T e R. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 [Internet]. 2019. Available at: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/downloads-estatisticas.html?caminho=PNS/2019/Microdados/Dados>
81. BRASIL (Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde). e-Gestor AB [Internet]. 2021 [citado 18 de junho de 2021]. Available at: <https://egestorab.saude.gov.br/>
82. dos Reis JG, Harzheim E, Nachif MCA, de Freitas JC, D'Ávila O, Hauser L, et al. Creation of the primary health care secretariat and its implications for SUS. Cienc e Saude Coletiva [Internet]. 1 de setembro de 2019 [citado 3 de abril de 2021];24(9):3457–62. Available at: <https://go-gale.ez54.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?p=AONE&sw=w&issn=14138123&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA603753075&sid=googleScholar&linkaccess=fulltext>
83. Sellera PEG, Pedebos LA, Harzheim E, Medeiros OL de, Ramos LG, Martins C, et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. Cien Saude Colet [Internet]. abril de 2020 [citado 3 de abril de 2021];25(4):1401–12. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401401&tlng=pt
84. Ramos ALP, de Seta MH. Primary health care and social organizations in capitals in the southeast region of Brazil: 2009 and 2014. Cad Saude Publica [Internet]. 1 de abril de 2019 [citado 3 de abril de 2021];35(4). Available at: <https://doaj.org>
85. Tuohy CH. The Temporal Politics of Policy Change : Strategies of Scale and Pace in British and Dutch Health Care Reform. annual meeting of the American Political Science Association. Boston MA; 2018.
86. Klein R. Carolyn Hughes Tuohy, Remaking Policy: Scale, Pace and Political Strategy in Health Care Reform. University of Toronto Press, Toronto 2018. p. 717. Heal Econ Policy Law [Internet]. 18 de julho de 2019;14(03):421–4. Available at: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S174413311800049X/type/journal_article
87. Tuohy CJ. Remaking policy: scale, pace, and political strategy in health care reform. 1º ed. Toronto: University of Toronto Press; 2018.
88. Hanrieder T. The path-dependent design of international organizations: Federalism in the World Health Organization. Eur J Int Relations [Internet]. 2015;21(1):215–39. Available at: <https://doi.org/10.1177/1354066114530011>
89. Machado CV, Baptista TW de F, Nogueira C de O. Health policies in Brazil in the 2000s: The

- national priority agenda. *Health policies Brazil 2000s Natl Prior agenda*. 2011;27(3):521–32.
90. Göttems LBD, Evangelista M do SN, Pires MRGM, Silva AFM da, Silva PA da. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cad Saude Publica* [Internet]. junho de 2009 [citado 15 de dezembro de 2020];25(6):1409–19. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600023&lng=pt&lng=pt
 91. Marmor TR. Remaking Policy: Scale, Pace, and Political Strategy in Health Care Reform. *J Health Polit Policy Law*. 2020;45(3):455–60.
 92. Preker AS (Columbia U-U. ANALYTICAL FRAMEWORK. In: Financing Universal Access To Healthcare: A Comparative Review Of Landmark legislative health reforms in the OCDE [Internet]. New Jersey: World Scientific; 2018 [citado 23 de novembro de 2021]. p. 3–63. Available at: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=QMJDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=Financing+Universal+Access+To+Healthcare:+A+Comparative+Review+Of+Landmark+Legislative+Health+Reforms+In+The+Oecd&ots=hwOulawOJd&sig=BfvMiKx1A2GiUhfeyQ8kI_2US28#v=onepage&q=Fi
 93. Preker AS, Cotlear D, Kwon S, Atun R, Avila C. Universal health care in middle- income countries : Lessons from four countries. *J Glob Heal*. 2021;11:1–17.
 94. Göttems LBD. *Análise da Política de Atenção Primária À Saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 A 2009)*. Universidade de Brasília; 2010.
 95. Mannheimer LN, Lehto J, Stlin PO. Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden-open, half-open or half-shut? Available at: www.skl.se
 96. Agide FD, Garmaroudi G, Sadeghi R, Shakibazadeh E, Yaseri M, Koricha ZB, et al. Application of Kingdon and Hall Models to Review Environmental Sanitation and Health Promotion Policy in Ethiopia: A Professional Perspective as a Review. *Ethiop J Health Sci* [Internet]. 22 de março de 2019 [citado 11 de novembro de 2020];29(2):277–86. Available at: <https://www.ajol.info/index.php/ejhs/article/view/168664>
 97. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci* [Internet]. 19 de outubro de 2009 [citado 26 de novembro de 2021];4(1):1–9. Available at: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-67>
 98. Voegeli C, Frazee J, Wendel K, Burnside H, Rietmeijer CA, Finkenbinder A, et al. Predicting Clinical Practice Change: An Evaluation of Trainings on Sexually Transmitted Disease Knowledge, Diagnosis, and Treatment. *Sex Transm Dis* [Internet]. 1 de janeiro de 2021 [citado 31 de maio de 2021];48(1):19–24. Available at: [/pmc/articles/PMC7737854/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37737854/)
 99. Phillips CJ, Marshal AP, Chaves NJ, Jankelowitz SK, Lin IB, Loy CT, et al. Experiences of using the Theoretical Domains Framework across diverse clinical environments: a qualitative study. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 18 de março de 2015 [citado 26 de novembro de 2021];8:139. Available at: [/pmc/articles/PMC4370908/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/264370908/)
 100. Mosavianpour M, Sarmast HH, Kisoos N, Collet J-P. Theoretical domains framework to assess

- barriers to change for planning health care quality interventions: a systematic literature review. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 20 de julho de 2016 [citado 26 de novembro de 2021];9:303–10. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27499628>
101. Jabbour M, Newton AS, Johnson D, Curran JA. Defining barriers and enablers for clinical pathway implementation in complex clinical settings. *Implement Sci*. 12 de novembro de 2018;13(1).
 102. Fleming A, Bradley C, Cullinan S, Byrne S. Antibiotic prescribing in long-term care facilities: a qualitative, multidisciplinary investigation. *BMJ Open* [Internet]. 1 de novembro de 2014 [citado 26 de novembro de 2021];4(11):e006442. Available at: <https://bmjopen.bmj.com/content/4/11/e006442>
 103. Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci*. 21 de junho de 2017;12(1).
 104. Phillips CJ, Marshal AP, Chaves NJ, Jankelowitz SK, Lin IB, Loy CT, et al. Experiences of using the Theoretical Domains Framework across diverse clinical environments: a qualitative study. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 18 de março de 2015 [citado 26 de novembro de 2021];8:139–46. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25834455/>
 105. Breuer E, Lee L, De Silva M, Lund C. Using theory of change to design and evaluate public health interventions: A systematic review. *Implement Sci* [Internet]. 2016;11(1). Available at: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0422-6>
 106. Kahan BC, Cro S, Doré CJ, Bratton DJ, Rehal S, Maskell NA, et al. Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials*. 2014;15(267):1–6.
 107. Levison-Johnson J, Wenz-Gross M. From complexity to reality: Providing useful frameworks for defining systems of care. *Eval Program Plann*. 2010;33(1):56–8.
 108. Weiss CH. Nothing as Practical as Good Theory: Exploring Theory-Based Evaluation for Comprehensive Community Initiatives for Children and Families. In: *New Approaches to Evaluating Community Initiatives Concepts, Methods, and Contexts Roundtable on Comprehensive Community Initiatives for Children and Families*. New York: The Aspen Institute; 1995. p. 65–92.
 109. Murray E, Treweek S, Pope C, Macfarlane A, Ballini L, Dowrick C, et al. NPT - a framework for developing evaluating and implementing complex interventions. *BMC Med*. 2010;
 110. Sabatier PA, Pol JP. *Top-down and Bottom-up Approaches to Implementation Research : A Critical Analysis and Suggested Synthesis* Authors (s): Paul A . Sabatier Published by : Cambridge University Press Stable URL : <http://www.jstor.org/stable/3998354> Accessed : 28-03-2016 21. *J Public Policy*. 1986;6(1):21–48.
 111. Mukamel DB, Haeder SF, Weimer DL. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Health Care Quality: The Impacts of Regulation and Report Cards. <http://dx.doi.org/101146/annurev-publhealth-082313-115826> [Internet]. 18 de março de 2014 [citado 3 de dezembro de 2021];35:477–97. Available at:

<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-publhealth-082313-115826>

112. May CR, Mair F, Finch T, MacFarlane A, Dowrick C, Treweek S, et al. Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implement Sci* [Internet]. 21 de maio de 2009 [citado 8 de dezembro de 2021];4(1):1–9. Available at: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-29>
113. Russo J, Azize R. Lições da Pandemia. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 30(4):2020. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300400>
114. Vilaça Mendes E. O LADO OCULTO DE UMA PANDEMIA: A TERCEIRA ONDA DA COVID-19 OU O PACIENTE INVISÍVEL.
115. Kiss C, Gonçalves LAP. Labirinto da saúde no Brasil: a pandemia e o minotauro. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 30(3):2020. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300305>
116. SILVA, WELISON MATHEUS FONTES DA; RUIZ JLDS. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2020;30(3):e300302. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300302>
117. BRASIL. Constituição Federal (Artigos 196 a 200). 1988.
118. Donnangelo MCF. *Medicina & Sociedade*. 2ª. São Paulo-SP: Hucitec; 2011. 173 p.
119. Agostini R, Castro AM de. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal? *SAÚDE DEBATE* [Internet]. 2019;43(n. especial 8):175–88. Available at: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe8/175-188/>
120. Reis V. “Austeridade faz mal à saúde” diz o último Grande Debate em Cuiabá - ABRASCO [Internet]. Eventos: Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. 2016 [citado 2 de abril de 2021]. Available at: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-ciencias-sociais-e-humanas-em-saude/austeridade-faz-mal-a-saude-diz-o-ultimo-grande-debate-em-cuiaba/20961/>
121. Mendes A, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde e Soc* [Internet]. outubro de 2018;27(4):1105–19. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401105&tlng=pt
122. CAMPOS GW de S. *Saúde Paidéia*. 3ª. São Paulo-SP: Hucitec; 2007. 185 p.
123. Maciel Filho RP. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em Sistemas Nacionais de Saúde: o caso brasileiro*. [Rio de Janeiro]: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
124. Brasil. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*. Brasília; 1993.
125. Farias LABG, Pessoa Colares M, De Almeida Barreto FK, Pamplona de Góes Cavalcanti L. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [Internet]. 19 de maio de 2020 [citado 1 de abril de 2021];15(42):2455. Available at:

<https://doaj.org>

126. Carolina Maia A, Agostini R, Lopes Azize R. Sobre jogos de (des)montar: Covid-19 e Atenção Primária à Saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2020;30(3):e300314. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300314>
127. Ney MS, Gonçalves CAG. Reformas administrativas e o desmonte neoliberal do Estado brasileiro: desafios para o enfrentamento ao novo coronavírus. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2020;30(3):2020. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300301>
128. Freud S. O mal-estar na civilização. Souza (trad) PC de, organizador. São Paulo-SP: Penguin Classics Companhia das Letras; 2011.
129. ONOCKO CAMPOS R. Ideologia e subjetividade: a relação recalçada. In: *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo-SP: Hucitec; 2012. p. 39–56.
130. Campos GW de S, Campos GW de S. SUS: o que e como fazer? *Cien Saude Colet* [Internet]. junho de 2018 [citado 2 de abril de 2021];23(6):1707–14. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601707&lng=pt&tlng=pt
131. Rizzotto MLF. A reafirmação da democracia e do direito universal à saúde em tempos de ultraneoliberalismo. *Cien Saude Colet* [Internet]. junho de 2018 [citado 2 de abril de 2021];23(6):1717–8. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601717&lng=pt&tlng=pt
132. MACHADO, Maria Helena; XIMENES NETO FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2018;23(6):1971–9. Available at: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=pt&tlng=pt
133. Pierantoni CR. Reformas da Saúde e Recursos Humanos: Novos Desafios x Velhos Problemas Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da Política Nacional de Saúde [Internet]. [Rio de Janeiro]: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000 [citado 2 de abril de 2021]. Available at: <http://www.ims.uerj.br>
134. Nogueira RP. A Força de Trabalho em Saúde. *Rev Adm Pública*. 1983;17(3):61–70.
135. Cavalcanti F de OL. Educação permanente em saúde: entre o passado e o futuro. UERJ; 2015.
136. DEJOURS C. Trabalho Vivo, tomo I, Sexualidade e trabalho. Soudant F (Trad. . T original: travail vivant. 1: S et travail., organizador. Brasília-DF: Paralelo 15; 2012. 216 p.
137. DEJOURS C. Trabalho Vivo, tomo II, Trabalho e emancipação. Soudant F (Trad. . T original: travail vivant. 2: T et émancipation, organizador. Brasília-DF: Paralelo 15; 2012. 222 p.
138. MERHY EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo-SP: Hucitec; 2002. 189 p.
139. CAMPOS GW de S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. Um método para análise

- e co-gestão de coletivos. São Paulo-SP: Hucitec; 2000. 236 p.
140. CASTORIADIS C. A Ascensão da Insignificância: encruzilhadas no labirinto IV. Paz e Terr. Vasconcellos R (Trad. ., organizador. São Paulo-SP; 2002. 121–143 p.
 141. ONOCKO CAMPOS R. Humano demasiado humano: uma abordagem do mal-estar na instituição hospitalar. In: SPINELLI, H. (Org.) - Trad. Luciana Hagoyi Hiranoyama. In: SPINELLI H (Org. ., organizador. Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p. 103–21.
 142. Passos E, Benevides R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicol clín* [Internet]. 2001 [citado 2 de abril de 2021];13(1):89–99. Available at: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-469466>
 143. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA, et al. Demografia Médica no Brasil 2020. Conselho Federal de Medicina. 2020. 312 p.
 144. CRM-PR P. Quer se anunciar médico especialista? Só com RQE! [Internet]. [citado 8 de dezembro de 2021]. Available at: <https://www.crmpr.org.br/Quer-se-anunciar-medico-especialista-So-com-RQE-13-53071.shtml>
 145. CFM. RESOLUÇÃO Nº 2.221, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2018 Homologa a Portaria CME nº 1/2018, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. DOU N 17, publicado em 24/01/2019; 2018.
 146. Franco de Sá R. A identidade profissional do médico generalista: lições a serem aplicadas pela instituição formadora. *ABCS Heal Sci*. 2015;40(3):241–6.
 147. Paim JS. Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política. In: Estudos de Saúde Coletiva - volume 4. 1º ed Rio de Janeiro: ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 1986. p. 11–28.
 148. Mello GA, Mattos ATR de, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. setembro de 2009 [citado 27 de novembro de 2021];33(3):464–71. Available at: <http://www.scielo.br/j/rbem/a/3CTt5Rrxf3MhvFqnv4nw7y/?lang=pt>
 149. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 2001;30(3):427–32.
 150. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):507–14.
 151. Onocko-Campos R, Furtado JP. Desafios de avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes. 1º ed. Campinas-SP: Editora da UNICAMP; 2011.
 152. Minayo MC de S. O desafio da pesquisa social. In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29º ed PETRÓPOLIS-RJ: Vozes; 2010. p. 9–29.
 153. Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saude Publica*. 1995;29(1):63–74.
 154. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção

- teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5º ed. PETRÓPOLIS-RJ: Vozes; 2011.
155. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. 22º ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2014. 110 p.
 156. De Barros NF, Castellanos MEP, Motta JMC, Monte Alegre S, Tovey P, Broom A. A produção de sínteses com evidências qualitativas: Uma revisão de métodos e técnicas. In: Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Brasília: Editora da UNICAMP; 2011. p. 121–35.
 157. Eva KW. What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Med Educ.* 2005;39(1):98–106.
 158. Kloetzel K. O Diagnóstico Clínico: Estratégia e Táticas. In: Medicina ambulatorial Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. PORTO ALEGRE: Artmed; 2013. p. 107–18.
 159. Arouca S. O dilema preventivista. O dilema Prev Contrib para a compreensão e crítica da Med Prev. 1975;219–42.
 160. Merhy EE, Camargo L, Feuerwerker M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *Leituras novas Tecnol e saúde [Internet]*. 2009;29–56. Available at: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>
 161. Canguilhem G. O Normal e o Patológico. 6º ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009. 293 p.
 162. Bobbio M. Medicina demais: o uso excessivo pode fazer mal à saúde. 1º ed. BARUERI-SP: Manole; 2020. 208 p.
 163. Almeida LM De. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Prevenção em Saúde.* 2005;23:91–6.
 164. SBMFC. Estabelecimentos - SBMFC [Internet]. [citado 8 de dezembro de 2021]. Available at: <https://www.sbmfc.org.br/estabelecimentos/>
 165. Arias-Castillo L, Toro CB, Freifer S, Fernández MÁ. Perfil do Médico de Família e Comunidade definição iberoamericana. Santiago de Cali, Colômbia: WONKA; 2010.
 166. McWhinney IR. Why we need a new clinical method. *Scand J Prim Health Care.* 1993;11(1):3–7.
 167. McWhinney IR. Being a general practitioner: What it means. *Eur J Gen Pract.* 2000;6(4):135–9.
 168. Jaco BR, Norman AH. A filosofia da Medicina de Família e Comunidade segundo Ian McWhinney e Roger Neighbour. *Rev Bras Med Família e Comunidade [Internet]*. 30 de abril de 2020 [citado 8 de dezembro de 2021];15(42):1991–1991. Available at: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1991>
 169. Janaudis MA. Princípios da medicina de família: quatro pilares que definem sua identidade TT - Princípios de la medicina de familia: cuatro pilares para definir su identidad TT - Family medicine's ground principles: four pillars for defining its identity. *Mundo saúde (Impr) [Internet]*. 2010;34(3):300–10. Available at:

- http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/77/300a310.pdf
170. Brasil M (Ministério da S do M. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2017.
 171. Vasconcelos FGA, Zaniboni MRG. Dificuldades do trabalho médico no PSF. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 [citado 8 de dezembro de 2021];16(SUPPL. 1):1497–504. Available at: <http://www.scielo.br/j/csc/a/ncryd69FJ3VbRxBZVBWfdVz/abstract/?lang=pt>
 172. Nascimento DDG, Oliveira MA de C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O Mundo da Saúde. 2010;35(1):92–6.
 173. Lima, VV; Oliveira, MS; Petta, HL; Pereira, SMSF; Ribeiro, ECO; Padilha R. Preceptoría de residência médica no SUS: caderno do curso 2017. (Projetos. São Paulo-SP: Hospital Sírio Libanês; 2017. 74 p.
 174. Botti SH de O, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Rev Bras Educ Med [Internet]. setembro de 2008 [citado 2 de abril de 2021];32(3):363–73. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011&lng=pt&tlng=pt
 175. Zambon ZLL. Necessidade crescente de médicos de família para o sus e baixa taxa de ocupação nos programas de residência em medicina de família e comunidade: um paradoxo? Dissertação. [São Paulo]: UNIFESP; 2015.
 176. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo-SP: Paz e Terra; 1996.
 177. Mascellani M. Quem educa o educador. Educ Soc CEDES. 1980;2(7):123–31.
 178. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 50ª. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011. 253 p.
 179. Souza D de O, Mendonça HPF de. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de Marx e Lukács. Interface Comun saúde, Educ [Internet]. 2017 [citado 2 de abril de 2021];21(62):543–52. Available at: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160482.pdf>
 180. CRUZ KT DA. A formação médica no discurso da CINAEM. UNICAMP; 2004.
 181. Rocha VXM. Reformas na educação médica no brasil: estudo comparativo entre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Católica de Santos. Santos-SP: 2017.
 182. Hafner M de LMB, de Moraes MAA, Marvulo MML, Braccialli LAD, de Carvalho MHR, Gomes R. The medical education and the extended general practice: Results of a Brazilian experiment. Cienc e Saude Coletiva. 2010;15(SUPPL. 1):1715–24.
 183. Minayo MC de S (Organizadora), Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e

- criatividade. 30º ed. PETRÓPOLIS-RJ: Vozes; 2011.
184. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3º ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 296 p.
 185. Creswell JW. Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens. 3º ed. PORTO ALEGRE: Penso; 2014. 341 p.
 186. Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. 1º ed. Bueno D (tradução), organizador. PORTO ALEGRE: Penso; 2016. 313 p.
 187. Oliveira MM de. Como fazer pesquisa qualitativa. 4º ed. PETRÓPOLIS-RJ: Vozes; 2012.
 188. Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ª reimp. Tradução: Reto, Luís Antero; Pinheiro A (Título original: L de contenu), organizador. São Paulo-SP; 2016. 279 p.
 189. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. Tematicas [Internet]. 30 de dezembro de 2014 [citado 18 de dezembro de 2021];22(44):203–20. Available at: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>
 190. GDF. DECRETO Nº 38.982, DE 10 DE ABRIL DE 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília-DF; 2018.
 191. Nery C (AGÊNCIA IN. Campinas , Florianópolis e Vitória são as novas metrópoles brasileiras. Geociências [Internet]. 25 de junho de 2020;1–7. Available at: <https://censos.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/28043-campinas-florianopolis-e-vitoria-sao-as-novas-metropoles-brasileiras>
 192. Nabuco G, Nunan BA, Soares JO, Marques LP, Nakanishi PT, Cardoso RV, et al. Avanços e conquistas na saúde pública do DF, Brasil: uma contribuição essencial da medicina de família e comunidade. Cien Saude Colet [Internet]. junho de 2019 [citado 3 de abril de 2021];24(6):2221–32. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602221&tlng=pt
 193. Corrêa DSRC, Moura AG de OM, Quito MV, Souza HM de, Versiani LM, Leuzzi S, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. Cien Saude Colet [Internet]. junho de 2019 [citado 3 de abril de 2021];24(6):2031–41. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602031&tlng=pt
 194. Fonseca HLP da. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. junho de 2019 [citado 3 de abril de 2021];24(6):1981–90. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000601981&tlng=pt
 195. Hildebrand, SM. O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal: 1997 a 2006. Universidade de Brasília; 2008.
 196. Gottens LBD, Almeida MO De, Raggio AMB, Bittencourt RJ. O Sistyema único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro . Cienc e Saude Coletiva [Internet]. 2019 [citado 14 de dezembro de 2020];24(6):1997–2008. Available at: <https://orcid.org/0000-0002-6482-5840>

197. TJDF. Ação Direta de Inconstitucionalidade – ART. 2º, DA LEI DISTRITAL Nº 3.870/2006 – aproveitamento de empregados públicos na administração direta do Distrito Federal. Brasília-DF; 2006.
198. BRASÍLIA. LEI Nº 5.237, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2013. Dispõe sobre a carreira Vigilância Ambiental e Atenção Comunitária à Saúde do Quadro de Pessoal do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília-DF; 2013.
199. GDF S (Secretaria de E de E do DF. PORTARIA Nº 423, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2020. Autorizar e delegar competência à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES para realizar o Processo Seletivo Simplificado, com objetivo de selecionar candidatos para o provimento de 500 (quinhenta [Internet]. Brasília-DF; 2020. Available at: <https://emea.mitsubishielectric.com/ar/products-solutions/factory-automation/index.html>
200. BORGES C, TAVEIRA VR. Territorialização. In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática. Artmed; 2012. p. 241–7.
201. FARIA RM de, BORTOLOZZI A. Espaço, território e saúde: CONTRIBUIÇÕES DE MILTON SANTOS PARA O TEMA DA GEOGRAFIA DA SAÚDE NO BRASIL. Raega-O Espaço Geográfico em Análise [Internet]. 2009;(17):31–42. Available at: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude.pdf
202. Guedes B de AP, Vale FLB Do, Souza RW de, Costa MKA, Batista SR. A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. Cien Saude Colet [Internet]. junho de 2019 [citado 3 de abril de 2021];24(6):2125–34. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602125&tlng=pt
203. CODEPLAN. Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2010-2020: Sumário Executivo. Brasília-DF: 2019.
204. Villaça E. As redes de atenção à saúde [Internet]. Vol. 15, Ciência & Saúde Coletiva. 2010. 2297–2305 p. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt
205. GDF D de VE. Boletim Epidemiológico Nº 304, Emergência de Saúde Pública COVID-19 no âmbito do Distrito Federal, 31/12/2021 [Internet]. Brasília-DF; 2020. Available at: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/03/Boletim-COVID_DF_304.pdf
206. Originalis T. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal Pacientes e Métodos. 2001;23(10):647–52.
207. Klein, AC. Mudança dos critérios de definição de casos de sífilis congênita: análise em município do sul do país [recurso eletrônico] / Ana Carolina Klein – Curitiba, 2019. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.
208. Vilaça DSS. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 1990 a 2018: UM ESTUDO DE CASO. Universidade de Brasília; 2019.
209. Gottens LB, Oliveira A de, Roque MV, Neves M de J, Dal Sasso F. O PROGRAMA DE

GESTÃO REGIONAL DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL. 2017.

210. Drumond B, Ângelo J, Xavier DR, Catão R, Gurgel H, Barcellos C. Dinâmica espaço-temporal da dengue no Distrito Federal, Brasil: ocorrência e permanência de epidemias. *Cien Saude Colet* [Internet]. maio de 2020 [citado 3 de abril de 2021];25(5):1641–52. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501641&tlng=pt
211. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL G. LEI Nº 6.133, DE 06 DE ABRIL DE 2018. Estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento. Brasília-DF; 2018.
212. Guedes MBOG, de Assis SJC, Sanchis GJB, Araujo DN, da Costa Oliveira AGR, Lopes JM. COVID-19 in Brazilian cities: Impact of social determinants, coverage and quality of primary health care. *PLoS One* [Internet]. 1 de setembro de 2021 [citado 13 de novembro de 2021];16(9):e0257347. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0257347>
213. POÇAS KC. Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA FACULDADE; 2017.
214. Afonso MPD, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, Ramalho WM, Afonso T. Association between hospitalisation for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialisation: a cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). *BMJ Open* 2017;7:e015322. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015322
215. GDF C. RESOLUÇÃO Nº 465, DE 04 DE OUTUBRO DE 2016. DETERMINA QUE que a Estratégia de Saúde da Família seja considerada como a estratégia prioritária da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF), sendo a responsável pelo reordenamento do modelo assistencial de. BRASÍLIA: DODF de 24/10/2016, p. 8; 2016.
216. BRASÍLIA. LEI Nº 2.170, DE 29 DE DEZEMBRO DE 1998 DODF DE 30.12.1998. Dispõe sobre a criação de Centros e Postos de Saúde, e de cargos em Comissão, no âmbito da Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Brasília-DF; 1998.
217. BRASÍLIA. LEI Nº 2.399, DE 15 DE JUNHO DE 1999. DODF DE 16.06.99. Dispõe sobre a criação de cargos efetivos para unidades da Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Brasília-DF; 1999.
218. BRASÍLIA. LEI Nº 2.733, DE 4 DE JULHO DE 2001. Cria Cargos em comissão na Secretária de Estado e Saúde do Distrito Federal. Brasília-DF; 2001.
219. BRASÍLIA. LEI Nº 2.916, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2002. Cria cargos em comissão na Secretaria de Estado. Brasília-DF; 2002.
220. GDF S [SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE]. PORTARIA Nº 35, DE 12 DE JULHO DE 2001. Art. 1º Ficam definidas; inicialmente, as especialidades de Clínica Médica, Ginecologia/Obstetria e Pediatria, para atendimento nos Centros de Saúde das Regionais. Brasília-DF; 2001.
221. TJDF. ADI 14717 de 13/03/2002, DODF N 180, 17/09/2009. BRASÍLIA-DF: TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS; 2009. p. 2009.

222. LIMA JV. Implementação do Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Universidade de Brasília; 2011.
223. GDF [SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA/ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE]. PORTARIA CONJUNTA SGA/SES Nº 08, DE 18 DE JULHO DE 2006. BRASÍLIA; 2006.
224. DE PAULA A (CORREIO B, Paula A De. Prejuízo causado pelo Instituto Candango de Solidariedade é irrecoverável. 9 de maio de 2018 [citado 28 de novembro de 2021];1-8. Available at: https://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/cidades/2018/05/09/interna_cidadesdf,679326/prejuizo-causado-por-instituto-candango-de-solidariedade.shtml
225. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL G. Decreto 20.043 de 23/02/1999. Cria o Programa Saúde da Família. [Internet]. BRASÍLIA-DF: GDF; fev 23, 1999. Available at: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/35994/Decreto_20043_23_02_1999.html
226. Hildebrand SM, Shimizu HE. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. Rev Bras Enferm. 2008;61(3):319-24.
227. GDF S-D. Portaria 29 de 26/02/2010. Estabelece as normas e as diretrizes referentes à organização e à estruturação da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. [Internet]. 2010 [citado 25 de novembro de 2021]. Available at: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/62482/Portaria_29_26_02_2010.html
228. GDF [SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE]. PORTARIA Nº 77, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília-DF; 2017.
229. GDF [SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE]. PORTARIA Nº 78, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Brasília-DF; 2017.
230. BRASIL P (Ministério da SS de A à SPN de H da A e G do S. O HumanizaSUS na atenção básica. BRASÍLIA: Ministério da Saúde; 2010. 40 p.
231. Mendes Gonçalves RB, Schraiber LB, Nemes MIB. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: Programação em saúde hoje. 1990. p. 37-63.
232. REDEHUMANIZASUS. Política Nacional de Humanização [Internet]. REDEHUMANIZASUS.NET. 2017 [citado 29 de novembro de 2021]. Available at: <https://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>
233. Martins CP, Luzio CA. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. 3 de novembro de 2016;21(60):13-22. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100013&lng=pt&tlng=pt
234. BRASIL S (Secretaria de A à SMDSB. PNH: Política Nacional de Humanização. 1º ed. Brasília-DF; 2013.

235. Lago R. Os crimes imputados à organização de Arruda [Internet]. Congresso em Foco; 2009 [citado 8 de dezembro de 2021]. Available at: http://congressoemfoco.ig.com.br/noticia.asp?cod_canal=1&cod_publicacao=30827
236. Rodrigues M, Vladimir N. Ex-governador do DF, Arruda é condenado por forjar recibos em “farra dos panetones”. G1 [Internet]. 5 de maio de 2017 [citado 8 de dezembro de 2021]; Available at: <https://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/ex-governador-do-df-arruda-e-condenado-por-forjar-recibos-em-farra-dos-panetones.ghtml>
237. Bonin R, Passarinho N. Arruda pede “perdão por pecados” em discurso durante evento no DF. g1.globo.com [Internet]. 7 de janeiro de 2010 [citado 8 de dezembro de 2021]; Available at: <http://g1.globo.com/Noticias/Politica/0,,MUL1438627-5601,00.html>
238. Wilson Lima – Wikipédia, a enciclopédia livre [Internet]. [citado 8 de dezembro de 2021]. Available at: https://pt.wikipedia.org/wiki/Wilson_Lima
239. BRASIL. [MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO]. Portaria Nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
240. Agnelo Queiroz – Wikipédia, a enciclopédia livre [Internet]. [citado 8 de dezembro de 2021]. Available at: https://pt.wikipedia.org/wiki/Agnelo_Queiroz
241. CASTRO TF. Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2015;9(4):237.
242. . Castro, Thiago Figueiredo de; Moraes, Paulo Navarro de; Iguti AM. Grupos Balint-Paidéia : uma proposta de ferramenta pedagógica para a supervisão prática no Programa Mais Médicos. *Tempus, actas de saúde colet*. 2015;9(4):137–49.
243. Ferreira Fontenelle L, Primária à Saúde A, clave P. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [Internet]. 24 de janeiro de 2012 [citado 9 de dezembro de 2021];7(22):5–9. Available at: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/417>
244. Gottens LBD, Bittencourt RJ, Santana MIRL, Pires MRGM, Campo J. Contratualização regionalizada de serviços públicos de saúde no Distrito Federal: relato de experiência. *Rev Eletronica Gestão Saúde*. 2015;7(1):282.
245. GDF. Decreto 21477 de 31/08/2000 [Internet]. 2000 [citado 10 de dezembro de 2021]. Available at: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/38777/Decreto_21477_31_08_2000.html
246. GDF S-D [SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE]. PORTARIA Nº 199, DE 1º DE OUTUBRO DE 2014. Dispõe sobre os horários de funcionamento das Unidades Orgânicas da Secretaria de Estado de Saúde – SES/DF. Brasília-DF; 2014.
247. Mader H, Bernardes A. Saúde e segurança são prioridades absolutas no DF [Internet]. *Correio Braziliense (Portal Eletrônico)*. 2010 [citado 10 de dezembro de 2021]. Available at: https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/especiais/eleicoes2010/2010/10/31/capa_dive

- rsao_arte_old2018,220870/saude-e-seguranca-sao-prioridades-absolutas-no-df.shtml
248. FEDERAL] G [GOVERNO DD. DECRETO Nº 33.384, DE 05 DE DEZEMBRO DE 2011. Dispõe sobre a reestruturação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. BRASÍLIA-DF; 2011.
 249. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL G. DECRETO Nº 34.155, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2013. Altera, sem aumento de despesa, a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e dá outras providências. BRASÍLIA; 2013.
 250. Rollemberg R (governador), Santana R (Vice-governador). CIDADE, CIDADÃO, CIDADANIA - PROGRAMA DE GOVERNO Coligação Somos todos Brasília. 2014;
 251. GDF. Decreto 37515 de 26/07/2016 [Internet]. 2016 [citado 10 de dezembro de 2021]. Available at: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/05990c188e6a4778860953ca699e356e/exec_dec_37515_2016.html
 252. Vilaça DSS. Descentralização e regionalização: interface com controle social em saúde no Distrito Federal, 2011-2016 [Internet]. Universidade de Brasília – Campus Ceilândia; 2016. Available at: <http://files/19505/Vilaça - 2016 - Descentralização e regionalização interface com c.pdf%0Ahttp://files/19506/14231.html>
 253. Vilaça DSS, REGIONALIZAÇÃO. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 1990 a 2018: UM ESTUDO DE CASO. Universidade de Brasília; 2019.
 254. GDF [SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE].. RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO CONVERTE APS – 01/12/2017. BRASÍLIA; 2017.
 255. GDF [SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE].. PORTARIA Nº 928, DE 17 DE SETEMBRO DE 2021. Institui o Programa de Incentivo às Residências de Medicina de Família e Comunidade no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília-DF; 2021.
 256. Costa FGSN da. Modelo Lógico: Instrumento de Avaliação para a Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. Universidade de Brasília – UnB; 2018.
 257. GDF [SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE]. PROGRAMA TÊMÁTICO : 6202 – BRASÍLIA SAUDÁVEL. p. 70–4.
 258. Martins F. Brasília Saudável é lançado no Distrito Federal O que é o programa Brasília Saudável. 2021;1–5.
 259. Cardoso FM. A saúde entre os negócios e a questão social: privatização, modernização e segregação na ditadura civil-militar (1964-1985) [dissertação]. 2013;207.
 260. Evangelista MJ de O, Guimarães AMDN, Dourado EMR, Vale FLB do, Lins MZS, Matos MAB de, et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. junho de 2019 [citado 3 de abril de 2021];24(6):2115–24. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602115&tlng=pt

261. GDF [SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE]. A REFORMA DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL: GESTÃO RESOLUTIVA E EVIDÊNCIAS DE EFETIVIDADE. BRASÍLIA: SES-DF; 2019. 127 p.
262. Vilaça DSS, Cavalcante DS, Moura LM de. Atuação do Conselho de Saúde do Distrito Federal na reforma da Atenção Primária à Saúde, de 2016 a 2018: estudo de caso. Cien Saude Colet [Internet]. junho de 2019 [citado 3 de abril de 2021];24(6):2065–74. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602065&tlng=pt
263. GDF, SES-DF [COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE]. PROJETO CONVERTE APS - A transformação do modelo assistencial. Brasília-DF; 2018.
264. GDF (SECRETARIA DE ECONOMIA DO DISTRITO FEDERAL/CODEPLAN). PESQUISA DE SATISFAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL. BRASÍLIA; 2018.
265. GDF (SECRETARIA DE ECONOMIA DO DISTRITO FEDERAL/CODEPLAN). ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DO PERÍODO 2017-2018. BRASÍLIA; 2019.
266. Furlanetto D de LC, Lima A de A de, Pedrosa CM, Paranaguá TT de B, Xavier MF, Silva AKP da, et al. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. Cien Saude Colet [Internet]. 1 de maio de 2020 [citado 3 de abril de 2021];25(5):1851–63. Available at: <https://go-gale.ez54.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?p=AONE&sw=w&issn=14138123&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA629396474&sid=googleScholar&linkaccess=fulltext>
267. Covid-19: seminário divulga experiências de sucesso no DF que integram vigilância e atenção primária à saúde – APSREDES [Internet]. [citado 20 de dezembro de 2021]. Available at: <https://apsredes.org/covid-19-seminario-divulga-experiencias-de-sucesso-no-df-que-integram-vigilancia-e-atencao-primaria-a-saude/>
268. Rodrigues AK. Covid: TCDF dá 30 dias para antiga cúpula da Saúde explicar compra superfaturada de testes [Internet]. metropoles.com. 2021 [citado 20 de dezembro de 2021]. Available at: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/covid-19-tcdf-aponta-prejuizo-de-r-112-milhoes-na-compra-de-testes>
269. GDF (SECRETARIA DE ECONOMIA DO DISTRITO FEDERAL/CODEPLAN). PESQUISA DE SATISFAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL. BRASÍLIA; 2018.
270. GDF (SECRETARIA DE ECONOMIA DO DISTRITO FEDERAL/CODEPLAN). ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DO PERÍODO 2017-2018. BRASÍLIA; 2019.
271. BRASÍLIA. LEI Nº 6.270, DE 30 DE JANEIRO DE 2019. Altera a nomenclatura do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF, instituído pela Lei nº 5.899, de 3 de julho de 2017, para Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF e dá o. Brasília-DF; 2019.

272. BOUSQUAT A, GOMES LB, BARROS NF DE. Relatório BRASÍLIA SAUDÁVEL: A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E A CONVERSÃO DO MODELO ASSISTENCIAL ESTUDO DE CASO. 2019.
273. Covid-19: seminário divulga experiências de sucesso no DF que integram vigilância e atenção primária à saúde – APSREDES [Internet]. [citado 20 de dezembro de 2021]. Available at: <https://apsredes.org/covid-19-seminario-divulga-experiencias-de-sucesso-no-df-que-integram-vigilancia-e-atencao-primaria-a-saude/>
274. Rodrigues AK. Covid: TCDF dá 30 dias para antiga cúpula da Saúde explicar compra superfaturada de testes [Internet]. metropoles.com. 2021 [citado 20 de dezembro de 2021]. Available at: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/covid-19-tcdf-aponta-prejuizo-de-r-112-milhoes-na-compra-de-testes>
275. Reis V. Nelson Rodrigues dos Santos e o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. ABRASCO [Internet]. 2017 [citado 13 de junho de 2021]; Available at: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/nelson-rodrigues-dos-santos-e-o-movimento-da-reforma-sanitaria-brasileiro/28828/>
276. Teixeira C, Rosa RG, Rodrigues Filho EM, De Oliveira Fernandes E. O processo de tomada de decisão médica em tempos de pandemia por coronavírus. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 13 de julho de 2020 [citado 18 de dezembro de 2021];32(2):308–11. Available at: <http://www.scielo.br/j/rbti/a/stzvQZK4mXSrtN4Jg4kpx7h/?lang=pt>
277. Mbembe A. Necropolítica. Arte Ensaios. 2016;32:122–51.
278. Laval C, Dardot P. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal [Internet]. 1º ed. (Trad) ME, organizador. São Paulo-SP: Boitempo; 2016. 416 p. Available at: http://blog.indisciplinar.com/wp-content/uploads/2016/09/nova_razao_do_mundo-laval-dardot.pdf
279. BRASIL. RESOLUÇÃO CNRM/MEC Nº 3, DE 16 DE SETEMBRO DE 2011. Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. 2011;7042. Available at: http://189.28.128.99/provab/docs/geral/res_cnrm_03provab_2011_10.pdf
280. Brasil. Lei nº 12.871. Diário Of da União [Internet]. 2013;1–3. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
281. Betto F. Paulo Freire: a leitura do mundo. Correio Riograndense. 23 de julho de 1997;n. 4538.
282. GDF S-D [SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE]. Convênio nº 01/2005-SES/DF. PARTES: O DISTRITO FEDERAL por intermédio de sua SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE e a FUNDAÇÃO ZERBINI. OBJETO: “Conjunção de esforços para instrumentalizar os serviços prestados pela FUNDAÇÃO ZERBINI ao Governo do Distrito Federa [Internet]. BRASÍLIA: DODF Nº 43 de 4 de março de 2005, p. 36; 2005. p. 36. Available at: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Diario/897/9883bfee-b845-35f1-9356-f6d09d2ab31f/arq/0/54314_08F4_textointegral.pdf
283. GDF S-D (Subsecretaria de AO da S de E de S do DF. DESPACHO DO SECRETÁRIO. Autoriza a realização de despesa mediante Dispensa de Licitação do processo 060.000.553/2005, para a acobertar despesas referente a formalização de convênio de

- Cooperação Técnica entre o Distrito Federal e a Fundação Zerbini, pelo [Internet]. Brasília-DF: DODF Nº 24 de 3 de fevereiro de 2005, p. 8; 2005. Available at: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Diario/964/6bba1a36-7f23-3473-87f9-e5088f89e278/arq/0/54436_2445_textointegral.pdf
284. Campos GW de S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface - Comun Saúde, Educ. 2005;9(17):398–400.
285. Paulon SM. a Análise De Implicação Como Ferramenta Na Pesquisa-Intervenção¹ the Analysis of Implication As a Tool in Intervention Research. Psicol Soc. 2005;17(3):18–25.
286. Brasil. Programa De Valorização dos Profissionais da Atenção Básica - PROVAB. Ministério da Saúde. 2011;
287. BRASIL. LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013. Institui o Programa Mais Médicos [Internet]. BRASÍLIA; 2013 [citado 20 de abril de 2021]. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
288. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília-DF; 2005. 210 p.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada⁵²

Parte A – Descritivo do participante da pesquisa

Iniciar com a parte descritiva. Uma caracterização da amostra. Definição de qual instrumento aplicar.

A1. Dados de identificação:

G() F() P() N() 1() 2() 3() 4() 5()

Data da entrevista: ___ / ___ / 2021

Hora início: __:___ Hora término: __:___ (previsão de 1h30min)

1- Qual o seu sexo/gênero?

() Masculino; () Feminino; () Outro: _____ (especificar) () Não deseja informar

2- Qual sua idade: _____ Marcar nos grupos/faixas etárias:

() 18-25; () 26-30; () 31-35; () 36-45; () 46-55; () 56-65; () >65a

A.2. Formação em Saúde:

3- Qual a sua formação básica?

3.1. Curso de Graduação: () Medicina () Enfermagem () Outro: _____
(especificar)

3.2. Tempo de formatura: _____ (ou ano de formatura: _____) – Ver se agrupa depois para evitar identificação do participante.

4- Você fez alguma especialização?

4.1. Strictu sensu: () Não () Sim

Mestrado Profissional () Mestrado Acadêmico () Doutorado ()

4.2. Lato sensu: () Não () Sim

- Residência Médica/Multiprofissional ()
- Especialização (): _____ Lembra a Carga Horária? _____ horas
-

continua

⁵² Buscar priorizar as práticas em detrimento das opiniões. Preferir alcançar o que é de fato, no lugar do que espero ouvir.

A.3. Histórico Ocupacional/Experiência profissional (Atenção, Gestão e Formação):

5- Qual a sua experiência profissional na atenção/assistência à saúde? () Não () Sim

5.1 Tempo de atuação em serviços públicos: _____ () meses () anos

5.2 Tempo de atuação em serviços privados: _____ () meses () anos

5.3 Tempo de atuação em serviços hospitalares: _____ () meses () anos

5.4 Tempo de atuação em serviços ambulatoriais (exceto APS): ____ () meses () anos

5.5 Tempo de atuação em serviços de APS: _____ () meses () anos

Onde?? Cuidar para não identificar os participantes por estes dados.

6 – Qual a sua experiência profissional da gestão em saúde?

6.1 Tempo de gestão em serviços públicos: _____ () meses () anos

6.2 Tempo de gestão em serviços privados: _____ () meses () anos

6.3 Tempo de gestão em serviços hospitalares: _____ () meses () anos

6.4 Tempo de gestão em serviços ambulatoriais (exceto APS): ____ () meses () anos

6.5 Tempo de gestão em serviços de APS: _____ () meses () anos

6.6 Maior nível de gestão pública de saúde em que atuou:

() cargos de natureza especial no Ministério da Saúde (ministro, secretário, subsecretário, coordenador, diretor)

() outros cargos no Ministério da Saúde (gerente, supervisor)

() cargos de natureza especial na secretaria de saúde (secretário, subsecretário, coordenador, diretor)

() outros cargos na secretaria de saúde (gerente, supervisor)

Onde? Cuidar para não identificar os participantes por estes dados.

7- Você atua ou já atuou na formação/docência na saúde? () Não () Sim

7.1. Se sim, quanto tempo? _____ Público ou privado? _____

8- Qual o seu vínculo profissional atual?

Público: () Não () Sim

Privado: () Não () Sim

() até 20h

() até 20h

() 21-30h

() 21-30h

() 31-40h

() 31-40h

() >40h

() >40h

Parte B – Aspectos da APS no DF e Participação no CONVERTE (Portaria 78/2017):

Enfoque do Grupo Gestão

#Gestão - Construção da política e do curso DE CONVERSÃO

- 1) Ideário, jeito, ou diria modelo de atenção.
 - 1.1.- O que você faz/fazia como Gestor da APS no DF? Como faz/fazia? Por que faz/fazia?
 - 1.2- Que aspectos são positivos no que faz?
 - 1.3- Dos aspectos que considera negativos, como deveria ser?
 - 1.4- Tem alguma destas atividades que o(a) senhor(a) foi impedido(a) de realizar? Por quê?
 - 1.5- Como é o trabalho da gestão da APS no DF hoje? Mudou algo com relação à antes ou depois de 2017?
 - 1.6. Como e porque foi formulada uma política de conversão para a APS?
 - 1.6.1. Quais as referências? Inspirou-se em alguma outra experiência?
 - 1.6.2. Quais expectativas?
 - 1.6.3. Quem foram os atores envolvidos na formulação e grau de participação?
 - 1.6.4. Qual o seu papel nesta atividade? Formulação? Desenho da portaria? Articulação dos serviços? Execução dos cursos? Treinamento no curso?
- 2) Facilitadores, Barreiras e tendências de adoção do CONVERTE
 - 2.1. Quanto ao período Pré-CONVERTE (2011-2016), qual era o entendimento que se tinha da necessidade de um processo como o CONVERTE?
 - 2.2.- Era um movimento que tinha alguma liderança? Um grupo? Um movimento? Como descreve este fenômeno?
 - 2.3.- O que facilitou a implementação em 2017 da portaria 78?
 - 2.4. Teve algum enfrentamento? Uma barreira a ser enfrentada?
 - 2.5. Como você percebe a tendência de implementação do CONVERTE? Qual a dinâmica, processo, situação... para a implementação.
- 3) Analisador Dinheiro
 - 3.1. Como você percebe o impacto dos aspectos financeiros na mudança da APS no DF:
 - 3.1.1. Aspectos da política de gastos em saúde? Centralização ou descentralização? Média e Alta complexidade x APS.
 - 3.2.2. Aspectos da gestão de pessoas? Salários, gratificações? Atrativos ou medidas de incentivo

Enfoque do Grupo Facilitadores

#Formação - O “Converte” - O CONVERSOR

1. Qual foi a ideia do CONVERTE?
2. Qual o seu papel na construção do curso?
3. Que aula que você deu?
4. Por que você acredita ter sido indicado para esta atividade?
5. Como foi convocado?

6. Você elaborou questões para a avaliação?
7. O que levou a aprovação ou não de profissionais que se inscreveram no CONVERTE?
8. Os profissionais que participaram de sua atividade eram de qual formação?
9. Como percebe a aquisição imediata de conhecimentos, competências e habilidades pelos participantes do CONVERTE?
10. Você atua próximo ou conhece algum colega convertido? Se sim, o que mudou nas práticas destes profissionais e ao que atribui ao CONVERTE?
11. Como você percebe a tendência de implementação do CONVERTE? Qual a dinâmica, processo, situação atual... para a implementação.

Enfoque do Grupo Participantes Convertidos e Não-Convertidos

#Atenção - Quem “sofreu” o CONVERTE- Geral

1. Descreva uma semana de trabalho padrão. Rotina. O que foge da rotina.
2. Como era seu trabalho antes do CONVERTE?
3. Como ficou seu trabalho após a participação no CONVERTE?
4. O que mudou em relação ao que fazia antes?
5. Como o CONVERTE chegou ao seu conhecimento? Foi um processo de amadurecimento ao longo do tempo? Foi do dia para a noite?

#Atenção - Quem “sofreu” o CONVERTE- O CONVERTIDO

1. O que te motivou a participar do CONVERTE?
2. Você conhecia as competências esperadas – DETALHAR.
3. Quais os saberes envolvidos no curso? O que foi abordado? Foram alguns temas? O que você lembra?
4. Como você se sente avaliado e formado pelo CONVERTE?

#Atenção - Quem “sofreu” o CONVERTE- O Não-CONVERTIDO

1. Você chegou a participar de alguma atividade do CONVERTE?
2. Você conhece os saberes envolvidos no curso? O que foi abordado? As competências esperadas – DETALHAR.
3. O que te levou a não participar do CONVERTE?

Perguntar os específicos do CONVERTIDO ou NÃO-CONVERTIDO antes destes itens:

6. Quais os conflitos que você notou dentro do seu serviço por ocasião do CONVERTE?
7. Como você percebe o impacto dos aspectos financeiros na mudança da APS no DF:
 - 7.1. Aspectos da política de gastos em saúde? Centralização ou descentralização? Média e Alta complexidade x APS.
 - 7.2. Aspectos da gestão de pessoas? Salários, gratificações? Atrativos ou medidas de incentivo?
8. O que você verifica de positivo no CONVERTE?
9. E de Negativo?
10. Você conhece algum colega que foi convertido? Como percebe a conversão destes profissionais na mudança da prática de trabalho?
11. Entre um antes e um depois do CONVERTE, como descreve sua satisfação com o trabalho na APS?
 - 11.1. Dos aspectos positivos: quais são?
 - 11.2. Dos negativos: por que os caracteriza assim?
12. Como você percebe a tendência de implementação do CONVERTE? Qual a dinâmica, processo, situação atual... para a implementação.

APÊNDICE B - MATERIAL DE APOIO ÀS ENTREVISTAS

Apenas se não coberto na entrevista, visitar os itens a seguir:

DA ATENÇÃO MÉDICA PRIMÁRIA À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENFOQUE

- O que você entende que deva ser o enfoque do trabalho de uma equipe na atenção primária e o como você percebeu o enfoque dado a partir do curso do CONVERTE?

CONTEÚDO

- O que você percebe como conteúdo principal da rotina do seu trabalho? O que você compreende como seu objeto de trabalho? Qual o seu papel no cuidado aos pacientes? Mudou algo após o CONVERTE? Tem algo de novo, ou melhor, qual sua nova rotina?

- Você poderia elencar alguns conteúdos que você nota que não eram parte de sua prática e que teve incorporado após o CONVERTE? Quais destes são mais difíceis de lidar, ou diria impossíveis de incorporar na rotina?

ORGANIZAÇÃO

- Como era organizado o atendimento antes do CONVERTE? Quem ficava no consultório? Alguém recebia o paciente? Tinha uma agenda?

- Quem chegava, era atendido como?

- Qual seu papel no seu serviço antes do CONVERTE?

- Você diria que fazia parte de uma equipe? Quais eram as responsabilidades? Como compartilhavam isso?

- Havia espaços colegiados para a gestão do serviço? Isso mudou após o CONVERTE? Chegou a ser um tema do curso?

- Você fazia atividades de ambulatório? Procedimentos? Grupos?

- Você chegava a discutir casos no seu serviço? Existiam referências técnicas? Isso mudou?

RESPONSABILIDADE

- Como você entendia o papel do paciente no seu tratamento? Mudou algo após o CONVERTE?

- Como você entende que se dá a intervenção sobre problemas de saúde? Você acha que a responsabilidade é de quem? De que setor? Qual o papel do setor saúde? Do profissional?

FUNDAMENTOS DA APS

- Você cadastrava seus pacientes antes do CONVERTE? O que mudou? Como você acompanha estes pacientes cadastrados e entende sua responsabilidade?

- Como você entende que deva ser a integração de ações programáticas e demanda espontânea? E a articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação?

- Você se sente valorizado enquanto profissional de saúde pela SES-DF? Quais os incentivos? As resistências e desafios?
- Você entende que o CONVERTE foi uma oportunidade de capacitação? Existiram outras formas de incentivo à capacitação profissional?
- Você realizava avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados do seu trabalho? Isso mudou? Sua equipe participou da construção do Acordo de Gestão Local (AGL) do seu serviço?
- Você já participou de algum planejamento na APS? Sua equipe ou serviço fizeram planejamento alguma vez nos últimos anos? Como foi?
- Como se dá a participação popular e controle social no seu serviço? Mudou? Qual a composição da equipe em que atua, e qual sua posição/função nesta equipe? Sente falta de algo?

Apenas se não coberto na entrevista, revisitar os itens abaixo:

ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA APS

A ATENÇÃO NO PRIMEIRO CONTATO,

- Como você percebe a mudança (ou não) de postura para a recepção e primeiro atendimento dos pacientes por você, por sua equipe e pelo seu serviço como um todo após o CONVERTE?

A LONGITUDINALIDADE,

- Você diria que após o CONVERTE você passou a acompanhar pessoas de forma longitudinal mais regularmente? Você já fazia este tipo de acompanhamento antes do CONVERTE?

A INTEGRALIDADE

- Você faz atividades compartilhadas com outros membros da equipe? O que seriam estas atividades? Pode contar como que funciona no seu dia a dia uma destas atividades?

A COORDENAÇÃO,

- Você percebe que sua equipe e sua UBS hoje atuam como ordenadora/coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde de sua região? O que você nota que facilita ou atrapalha isso?

ATRIBUTOS DERIVADOS

A ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA E

- Você participa ou já participou do cuidado de algum paciente domiciliado? Fez assistência domiciliar? Acompanhou alguma Visita Domiciliar?
- Você e sua equipe já fizeram alguma ação no território?

A COMPETÊNCIA CULTURAL

- Como você entende seu papel em relação à dinâmica do território e suas características singulares?

DISPOSITIVOS PNH

Desta lista, trazer na entrevista ou de forma direta, ou ir questionando ao longo da entrevista.

Deixo a tabela para facilitar a organização

Dispositivo da PNH Dentre os dispositivos elencados a seguir, qual você conhece e qual você aplica no seu serviço?	Demonstra conhecer?		Aplica ou aplicou no serviço que gerenciava ou atuava?		Atribui à implementação do ou a partir do CONVERTE? Assinalar com "X"	Descreve uma experiência ou atividade desenvolvida? Assinalar com "X"
	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Colegiados e Conselhos de gestão	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Contratos de gestão	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Sistemas de escuta resolutivos: gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação (dos usuários e trabalhadores)	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Equipe multiprofissional de referência para seguimento dos pacientes, com horário para atendimento à família e/ou sua rede social	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Apoio matricial	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Clínica ampliada	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Projeto terapêutico Singular	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Projeto de Saúde Coletiva	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Projeto para adequação de ambiente (Ambiência)	SIM	NÃO	SIM	NÃO		

Carta de direitos do usuário	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde e Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST)	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Projetos de Articulação de Talentos nos Serviços (arte/cultura e técnico-científico)	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Monitoramento e Avaliação	SIM	NÃO	SIM	NÃO		

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Medicina
Área de Medicina Social



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa Política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: aspectos de sua implantação, desenvolvimento e análise do período de 2010 a 2021: alguns aspectos do “ConverteAPS-DF”, sob a responsabilidade do pesquisador Thiago Figueiredo de Castro. O projeto é parte integrante do Doutorado em Saúde deste pesquisador, realizado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da FCM-UNICAMP.

O objetivo desta pesquisa é analisar como ocorreu a implantação/implementação da Nova Política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal no período de 2010 a 2021.

O(a) senhor(a) 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 pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). O seu perfil foi identificado para a participação nesta pesquisa por preencher os critérios de inclusão da pesquisa:

- Profissional vinculados a DIRAPS, COAPS, SES-DF no período de 2010-2021; ou
- Profissional da Saúde que atua ou atuou na APS no período de 2010-2021 no Distrito Federal e que participou como facilitador(a)/instrutor(a) do CONVERTE - portaria 78/2017; ou
- Profissional da Saúde que atua ou atuou na APS no período de 2010-2021 no Distrito Federal que foi participante e se submeteu ao CONVERTE - portaria 78/2017; ou
- Profissional da Saúde que atua ou atuou na APS no período de 2010-2021 no Distrito Federal que não se submeteu ao CONVERTE - portaria 78/2017),
- e por ter sido indicado por um dos pesquisadores ou mesmo por alguns dos (as) participantes já entrevistados(as), conforme rege a técnica da bola de neve (“snow ball”), escolhida para esta pesquisa.

O contato inicial preferencial será de forma não presencial, por meio virtual ou eletrônico, preferencialmente por e-mail e telefone, para esclarecimentos e divulgação do projeto de pesquisa, do roteiro da entrevista e deste TCLE, em conformidade com a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, de 03 de março de 2021. Será enviado convite individual enviado por e-mail com remetente e destinatário único, e excepcionalmente com cópia oculta aos participantes, de forma a impossibilitar a identificação dos outros participantes da pesquisa. Neste e-mail, contará em link direto de acesso e em anexo o TCLE, o roteiro de entrevista, o projeto de pesquisa e o Parecer Consubstanciado do CEP-FM/UnB e do CEP-FEPECS.

A sua concordância com a participação na pesquisa e com os termos do TCLE se dará mediante aceite e efetiva participação na entrevista. A coleta da assinatura do TCLE se dará na medida que as medidas sanitárias permitirem o encontro presencial e coleta do termo assinado. A sua voz, conforme sua autorização, será gravada, e uma cópia ficará de posse do pesquisador, em uma mídia física (HD externo exclusivo para pesquisa) e uma cópia será enviada para o endereço de e-mail indicado do participante da pesquisa, ao que importância do participante de pesquisa guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico.

A sua participação se dará por meio de uma entrevista semiestruturada, realizada por intermédio de tecnologias da informação: uma plataforma de videoconferência que melhor lhe convier (como ligação de vídeo no WhatsApp®, videoconferência no Zoom®, Microsoft Teams®, Google Meet® ou Streamyard®), em dia e horário agendado conforme sua disponibilidade, e na qual será solicitada a gravação apenas da voz para posterior transcrição e análise da entrevista nesta pesquisa. O roteiro de entrevista conta com cerca de 16 (dezesseis) perguntas fechadas, para fins de caracterização do perfil dos entrevistados (dados sociodemográficos; formação e trajetória profissional), além de cerca de 10 (dez) perguntas abertas dirigidas à experiência do participante no CONVERTE. O tempo estimado para a realização da entrevista é de sessenta minutos.

O risco decorrente de sua participação na pesquisa é considerado baixo e está relacionado a constrangimentos decorrentes da exposição de opiniões. Como a sua participação é voluntária, caso este se sinta desconfortável em algum momento, poderá não responder a alguma questão ou interromper a participação na pesquisa, minimizando a possibilidade desses constrangimentos. Há o compromisso ético por parte do pesquisador em não disponibilizar ou tornar público, de nenhuma maneira, os nomes ou informações quaisquer que possam identificar o trabalhador/gestor cujo conteúdo de fala for utilizado na tese e possíveis publicações. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, contribuirá para a compreensão dos principais entraves e avanços para a implantação/implementação da política de Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal, servindo de subsídio para os trabalhadores e gestores em saúde revisitarem suas práticas, e permitindo modificar as práticas de cuidado em APS produzidas no município.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Como não há previsão de deslocamento do participante em qualquer fase da pesquisa, e não previsão de provisionamento de alimentação, portanto não haverá qualquer ressarcimento financeiro ao participante, dado o caráter voluntário da participação neste estudo.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na UNICAMP (vínculo institucional da pesquisa de doutorado em Saúde Coletiva) e na UnB (vínculo do docente-pesquisador principal) podendo ser publicados posteriormente.

Disponibilizaremos, também, os resultados da pesquisa a todos os participantes desta. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Thiago Figueiredo de Castro, na MDS/FM-UnB no telefone (61) 99951-3132, disponível inclusive para ligação a cobrar. Alternativamente, pode-se enviar quaisquer questionamentos e solicitações ao e-mail: castro.thiago@unb.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina (CEP/FM) da Universidade de Brasília, número CAAE: 46346521.2.0000.5558, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF, número CAAE: 46346521.2.3001.5553. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone do CEP/FM: (61) 3107-1918 ou do e-mail cepfm@unb.br, horário de atendimento das 08:30hs às 12:30hs e das 14:30hs às 16:00hs, de segunda a sexta-feira, ou ainda podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS através do e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com ou por contato direto pelo telefone: (61) 2017 1145 ramal 6878. O CEP/FM está localizado na Faculdade de Saúde/Faculdade de Medicina no 2º andar do prédio, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. O CEP/FEPECS está localizado no endereço SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP, Asa Norte – Brasília – DF, CEP:70.710-907.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Sobre a gravação da voz do participante para fins de transcrição e posterior análise do transcrito, não havendo possibilidade quaisquer de divulgação da voz do participante em quaisquer outros meios, que não a já descrita neste termo, o participante declara (assinale com “X” a opção desejada):

- Concordo com a gravação da minha voz.
- Não concordo com a gravação da minha voz.

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Prof. Thiago Figueiredo de Castro
Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____

APÊNDICE D – LISTA DE DOCUMENTOS E NORMAS DO GDF SELECIONADOS PARA O ESTUDO

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
1	Lei 1837	14/01/1998	Sem Revogação Expressa	CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal	Dispõe sobre a criação das Direções Regionais de Saúde no Distrito Federal, DF, dos Departamentos de Saúde do Trabalhador e de Comunicação em Saúde e da Subsecretaria de Projetos Especiais de Saúde, a criação e a extinção de cargos em comissão nos quadros de pessoal da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=49796
2	LEI 2.399	15/06/1999	Sem Revogação Expressa	CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal	Dispõe sobre a criação de cargos efetivos para unidades da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, DF.	http://www.tcc.df.gov.br/sinj/Norma/50357/Lei_2399_15_06_1999.html
3	Lei 2170	29/12/1998	Sem Revogação Expressa	CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal	Dispõe sobre a criação de Centros e Postos de Saúde, e de cargos em comissão, no âmbito da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=50129
4	Decreto 20043	23/02/1999	Sem Revogação Expressa	DF - DISTRITO FEDERAL	cria o PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=35994

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
5	Portaria 63	20/04/2005	Sem Revogação Expressa	SGA - Secretaria de Estado de Gestão Administrativa	ESTABELECE AS ATRIBUIÇÕES DAS ESPECIALIDADES DOS CARGOS DA CARREIRA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=46645
6	Portaria Conjunta 8	18/07/2006	Alterado	SGA - Secretaria de Estado de Gestão Administrativa SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Estabelece as atribuições das especialidades dos cargos das Carreiras Assistência Pública à Saúde do Distrito Federal, Cirurgião Dentista, Enfermeiro, Médico.]	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=53274
7	Ordem de Serviço 1	29/01/2007	Sem Revogação Expressa	SES>SAS - Secretaria de Estado de Saúde>Subsecretaria de Atenção à Saúde	Cria o Colegiado de Atenção Básica do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=74143
8	Portaria 157	04/07/2008	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	<u>[Institui Grupo de Trabalho para implantação do Projeto de Acolhimento, no âmbito da Administração Central da SES/DF].</u>	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=58075

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
9	Portaria 371	06/10/2008	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	DEFINE SOBRE A SUBORDINAÇÃO TÉCNICA DOS CARGOS DE TÉCNICO EM SAÚDE, NAS ESPECIALIDADES DE AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA E TÉCNICO DE HIGIENE DENTAL, BEM COMO DO CARGO DE AUXILIAR EM SAÚDE, NA ESPECIALIDADE AOSD - PATOLOGIA CLÍNICA, TODOS PERTENCENTES À CARREIRA DE ASSISTENCIA PÚBLICA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=58781
10	Decreto 29921	29/12/2008	Sem Revogação Expressa	GOVERNADORIA - Governadori a	DISPÕE SOBRE A INCLUSÃO DE CARGOS QUE ESPECIFICA NA TABELA ESPECIAL DE EMPREGO COMUNITARIO DO DISTRITO FEDERAL, DISPOSTOS NO ANEXO DA LEI 3716, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2005.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=59444
11	Portaria 26	18/02/2009	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui Grupo de Trabalho para implantação do Acolhimento no âmbito da Administração Central da Secretaria de Estado Saúde Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=59795

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
12	Portaria	13/05/2009	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, Grupos de Condução - Central e Regional - para a implementação da estratégia de redes articuladas e integradas de saúde no Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=60444
13	Portaria 29	26/02/2010	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	ESTABELECE AS NORMAS E AS DIRETRIZES REFERENTES À ORGANIZAÇÃO E À ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=62482
14	Portaria 168	28/10/2010	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Comissão responsável pelo processo de pactuação unificada de indicadores e pelo monitoramento da implementação do Pacto pela Saúde.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=64910
15	Decreto 32716	01/01/2011	Alterado	GOVERNADORIA - GOVERNADORIA	Dispõe sobre a estrutura administrativa do Governo do Distrito Federal e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=66871
16	Portaria 17	24/02/2011	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Estabelece a organização do serviço de atendimento ao usuário com tuberculose e o novo esquema terapêutico no Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=67505

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
17	Portaria 26	14/03/2011	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Aprova as normas e diretrizes referentes à organização e à estruturação da referência e contrarreferência no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=67513
18	Decreto 32948	30/05/2011	Sem Revogação Expressa	GOVERNADORIA	Altera a estrutura da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=68332
19	Portaria 99	21/06/2011	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Torna público o Termo de Referência: Integração Ensino e Serviço no Contexto do Sistema Único do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=68567
20	Portaria 109	01/07/2011	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o Comitê Central de Promoção da Saúde.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=68667
21	Portaria 115	06/07/2011	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui Grupo Condutor para realização de Oficinas de Planificação da APS, no âmbito da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=68762
22	Portaria 122	11/07/2011	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui Grupo de Trabalho para normatizar a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames pelo Enfermeiro que atua nos Programas de Saúde Pública e em rotinas aprovadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=68806

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
23	Portaria 130	28/07/2011	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	As Diretorias Gerais de Saúde, por meio dos Grupos Executivos Intersetoriais de Gestão dos Planos Regionais de Prevenção e de Controle da Dengue, elaborarão os Planos Regionais de Prevenção da Dengue e os Planos Regionais de Contingência para Enfrentamento de uma Possível Epidemia de Dengue.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=68941
24	Decreto 33103	01/08/2011	Sem Revogação Expressa	GOVERNADORIA - Governadori a	Extingue e cria Cargos em Comissão, altera a Estrutura Administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=68968
25	Portaria 144	11/08/2011	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Constitui comissões de apoio ao programa de Atendimento Médico Especializado Itinerante.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=69085
26	Portaria 145	11/08/2011	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre os horários de funcionamento das Unidades Assistenciais e Administrativas da Secretaria de Estado de Saúde, elaboração de escalas de serviços, distribuição de carga horária de trabalho dos servidores efetivos, ocupantes de cargos comissionados e de natureza especial, dos contratos nos termos da Lei nº 4266, de 11/1/2008.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=69055

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
27	Portaria 158	18/08/2011	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Cria o Colegiado Deliberativo no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=69128
28	Portaria 190	23/09/2011	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Transfere o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES-DF) para a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), a responsabilidade de formular, implementar e avaliar a Política de Ciência e Tecnologia para o SUS, no DF, devendo para isso constituir mecanismos e equipe técnica.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=69710
29	Portaria 191	27/09/2011	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Cria o Centro de Atenção Psicossocial CAPS ad - Itapoã como Serviço de Rede de saúde Mental no âmbito do SUS-DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=69437
30	Portaria 211	10/11/2011	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui Grupo Condutor Distrital da Rede de Atenção às Urgências da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal para apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação da implantação, implementação e acompanhamento no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=69853

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
31	Decreto 33384	05/12/2011	Alterado	GOVERNADORIA - Governadori a	Dispõe sobre a reestruturação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=70010
32	Portaria 236	14/12/2011	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui Grupo Condutor Distrital da Rede Cegonha da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=70122
33	Ordem de Serviço 1	03/01/2012	Revogado	FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde	Aprova o Regimento Interno do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=70301
34	Decreto 33532	13/02/2012	Sem Revogação Expressa	GOVERNADORIA - Governadori a	Cria o Comitê de Prevenção da Morbimortalidade de Acidentes de Trânsito - CPMAT no Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=70564
35	Portaria 42	09/03/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a comissão responsável pelo Processo de Elaboração do Regimento Interno e Revisão da Estrutura Organizacional.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=70866

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
36	Portaria 62	17/04/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Constitui Grupo de Gestão Integrada para Implementação dos Serviços de Saúde Mental do SUS-DF, para adotar as providências necessárias visando à execução das ações expressas no Anexo I desta Portaria.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=71216
37	Decreto 33630	23/04/2012	Sem Revogação Expressa	GOVERNADORIA - Governador	Extingue e cria cargos que especifica, e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=71150
38	Portaria 65	23/04/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui Comissão de Trabalho com vistas dar celeridade na análise e instrução de processos que tratam de aquisições regulares no âmbito da SES/DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=71153
39	Portaria 69	26/04/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui Grupo Técnico de Acompanhamento Epidemiológico e Respostas Coordenadas da Dengue (GTec-Dengue).	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=71235
40	Portaria 75	16/05/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Autoriza o Médico da Família e Comunidade cumprir até 8 (oito) horas do total da carga horária para atendimento aos pacientes classificados como verdes e azuis no regime de agenda aberta.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=71362
41	Portaria 120	04/07/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui Grupo Condutor Distrital da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=71819

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
42	Portaria 142	17/07/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o processo de Gestão Estratégica para promover a sinergia entre esforços, recursos e qualificação das estratégias de saúde no âmbito da SES-DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=71929
43	Portaria 147	24/07/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui Grupo de Trabalho para elaboração do Programa de Incentivo Financeiro para Qualificação das Ações de Controle dos Vetores da Dengue.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=71982
44	Portaria 159	07/08/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a prevenção e o controle da dengue no Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=72086
45	Portaria 160	07/08/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Estabelece a gestão compartilhada do Programa Bolsa Família na Saúde entre a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde e a Subsecretaria de Atenção à Saúde.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=72090
46	Portaria 162	09/08/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Atribui competência no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal à Fundação Hemocentro de Brasília - FHB para coordenar e regular a atenção integral aos pacientes com coagulopatas hereditárias.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=73019
47	Portaria 184	12/09/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Aprova a Política Distrital de Prevenção do Suicídio.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=72380

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
48	Portaria 191	13/09/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Aprova a nova terminologia física dos centros cirúrgicos dos hospitais da rede SES-DF que passa a ser denominada Unidade Cirúrgica de Assistência Especializada - UCAE.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=72413
49	Portaria Conjunta 7	27/09/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde SEDEST - Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda	Constitui o Grupo de Trabalho Intersetorial para elaborar o Fluxo de Procedimento das ações a serem desenvolvidas entre os profissionais de Serviço Social da Secretaria de Saúde e de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=72519
50	Portaria 218	16/10/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Normatiza a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames pelo enfermeiro que atua nos Programas de Saúde Pública conforme protocolos e rotinas adotadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=72657

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
51	Portaria 253	14/11/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Estabelece os valores referenciais monetários para parâmetro dos cálculos das contrapartidas das Instituições de Ensino Privadas que possuem convênio com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com interveniência da FEPECS, com o objetivo de utilizar as Unidades de Saúde da SES/DF para execução de estágios ou atividades práticas supervisionadas de estudantes regularmente matriculados nos cursos técnicos e de graduação.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=72818
52	Portaria 255	20/11/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o Prêmio "Reconhecimento por Desempenho no Ano de 2012 - RECONHECE SES", no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=72870
53	Portaria 264	27/11/2012	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a criação do Grupo de Trabalho para elaboração da Carteira/Relação de Serviços em Saúde da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (versão para o profissional).	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=72986
54	Decreto 34155	21/02/2013	Alterado	GOVERNADORIA - Governador	Altera, sem aumento de despesa, a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=73485

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
55	Decreto 34162	22/02/2013	Revogado	GOVERNADORIA - Governadori a	Institui o Comitê Interinstitucional da Dengue e altera o Decreto nº 31.634, de 3 de maio de 2010, que institui o Grupo Executivo Intersetorial de Gestão do Plano Distrital de Prevenção e Controle da Dengue e o Grupo Executivo Intersetorial de Gestão do Plano Regional de Prevenção e Controle da Dengue.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=73495
56	Portaria 43	06/03/2013	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Cria o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Distrito Federal e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=73738
57	Decreto 34213	14/03/2013	Revogado	GOVERNADORIA - GOVERNADORIA	Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=73777
58	Portaria 52	15/03/2013	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o Comitê Gestor do SIS no âmbito da SES-DF, com o objetivo de elaborar e revisar os procedimentos que visem o aperfeiçoamento e a atualização do instrumento informatizado e praticar e/ou demandar os demais atos necessários à sua gestão.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=73800

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
59	Portaria 53	15/03/2013	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Cria no âmbito da Gerência de Gestão da Atenção Primária, da Diretoria de Gestão da Atenção Primária, da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, a Coordenação Central dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do DF, instituído por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=73801
60	Portaria 65	26/03/2013	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a competência do Coordenador Regional de Práticas Integrativas em Saúde (PIS).	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=73900
61	Portaria 89	22/04/2013	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui Comissão de Coordenação do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica - PROVAB do Distrito Federal e descreve suas atribuições.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=74118
62	Portaria 104	07/05/2013	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a vigilância, avaliação e monitoramento do óbito fetal e infantil nos serviços de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF) e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=74227

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
63	Portaria 105	07/05/2013	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Instituir no âmbito da Gerência de Práticas Integrativas em Saúde - GERPIS/DCVPIS/SAPS a Comissão Permanente de Educação em Práticas Integrativas em Saúde.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=74303
64	Portaria 128	20/05/2013	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Altera o caput do artigo 2º da Portaria nº 53, de 16 de outubro de 2006, que dispõe sobre a composição da Comissão de Presidência da SES/DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=74366
65	Decreto 34413	29/05/2013	Sem Revogação Expressa	GOVERNADORIA - Governadori a	Extingue e cria cargos, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica, e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=74431
66	Portaria 152	10/06/2013	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Designa novos representantes da Comissão Permanente dos Protocolos de Atenção à Saúde - CPPAS, que estará subordinada à Subsecretaria de Atenção à Saúde, objetivando a elaboração, revisão sistemática e implementação dos protocolos assistenciais.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=74537
67	Portaria 219	26/08/2013	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui Grupo de Trabalho para organizar a linha de cuidados para pessoas em situação de violência sexual na SES/DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=75179

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
68	Portaria 222	30/08/2013	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Estabelece normas gerais e cria o Regimento Interno da Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde (CPPAS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=74964
69	Portaria 281	15/10/2013	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Determina que as Unidades Assistenciais da Secretaria de Estado de Saúde exibam, permanentemente, em local visível e de grande circulação de usuários, a relação dos serviços prestados nas respectivas unidades.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=75251
70	Portaria 293	18/10/2013	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Aprova a Instrução Operacional sobre as atividades curriculares desenvolvidas nas estruturas orgânicas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e entidades vinculadas, por estudantes regularmente matriculados nos cursos técnicos e de graduação de instituições públicas conveniadas sediadas no Distrito Federal e instituições de ensino privadas conveniadas.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=75345
71	Portaria 304	11/11/2013	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Ficam atualizadas as diretrizes de cuidado às pessoas tabagistas no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS).	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=75649

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
72	Portaria 304	11/11/2013	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Ficam atualizadas as diretrizes de cuidado às pessoas tabagistas no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS).	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=75649
73	Portaria 311	20/11/2013	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui Grupo de Trabalho para elaboração do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=75497
74	Portaria 313	22/11/2013	Anulado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Dispõe sobre o afastamento de servidor ocupante de cargo efetivo de Médico da SES-DF, na especialidade Medicina de Família e Comunidade, pelo período em que estiver cursando o programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=75525
75	Lei 5237	16/12/2013	Sem Revogação Expressa	CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal	Dispõe sobre a carreira Vigilância Ambiental e Atenção Comunitária à Saúde do Quadro de Pessoal do Distrito Federal e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=75947
76	Portaria 335	30/12/2013	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Aprova os Protocolos Clínicos e de Dispensação de Medicamentos elaborados pelas áreas técnicas de SES-DF e aprovados pela CPPAS].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=75824

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
77	Decreto 35054	31/12/2013	Sem Revogação Expressa	GOVERNADORIA - GOVERNADORIA	Aprova o Regimento Interno da Fundação Hemocentro de Brasília.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=75850
78	Lei 5321	06/03/2014	Alterado	CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal	Institui o Código de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=76331
79	Portaria Conjunta 3	03/04/2014	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde SSP - Secretaria de Estado de Segurança Pública	Cria alas de segurança para atendimento aos pacientes do Sistema Penitenciário e da Divisão de Controle e Custódia de Presos da Polícia Civil do Distrito Federal no Hospital de Base do Distrito Federal, no Hospital Regional da Asa Norte, no Hospital Regional do Paranoá e no Hospital Regional do Gama.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=76575
80	Portaria 112	13/06/2014	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a implementação de incentivo para a qualificação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=77081

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
81	Instrução 11	11/07/2014	Sem Revogação Expressa	FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde	[Aprovar a concessão de bolsas para Educação pelo Trabalho, no âmbito da Escola de Aperfeiçoamento do SUS (EAPSUS/FEPECS)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=77255
82	Portaria 184	18/09/2014	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui Grupo Condutor Central (GCC) da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=77846
83	Portaria 198	01/10/2014	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui a função de Coordenador Regional de Saúde Bucal nas Regionais de Saúde, sem ônus financeiros adicionais à Instituição, e definir suas atribuições].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=78397
84	Portaria 199	01/10/2014	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre os horários de funcionamento das Unidades Orgânicas da Secretaria de Estado de Saúde - SES/DF, elaboração de escalas de serviços, distribuição de carga horária dos servidores efetivos, dos servidores requisitados de outros órgãos, ocupantes de cargos comissionados e de natureza especial, dos contratados nos termos das Leis nº 4.266/2008 e nº 5.240/2013, dos	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=78026

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
					empregados públicos e dá outras providências.	
85	Portaria 206	14/10/2014	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a vigilância do óbito de mulheres em idade fértil e maternos nos serviços de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF).	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=78218
86	Portaria 229	17/11/2014	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Cria Áreas de Apoio no âmbito das Coordenações Gerais de Saúde, e dá outras providências].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=78445
87	Portaria 232	24/11/2014	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Cria o COLEGIADO DE PEDIATRIA da SES/DF com fórum permanente de discussão objetivando a reestruturação e o planejamento do atendimento dos pacientes pediátricos na atenção hospitalar, na atenção primária, nos ambulatórios de especialidades, visando à garantia do acesso, da qualidade da assistência e da segurança do paciente pediátrico no Distrito Federal e entorno; bem como, Reorganizar os fluxos e protocolos de atendimento no Pronto Socorro dos hospitais regionais e UPAS dos pacientes pediátricos].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=78526

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
88	Resolução 01	04/12/2014	Sem Revogação Expressa	SES>CCDF - Secretaria de Estado de Saúde>COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	[Aprova o Regimento interno da Comissão de Coordenação do Programa de Valorização da Atenção Básica-PROVAB e Projeto Mais Médicos do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=79275
89	Portaria Conjunta 15	05/12/2014	Sem Revogação Expressa	SEAP - Secretaria de Estado de Administração Pública FHB - Fundação Hemocentro de Brasília	[Estabelece as especialidades e respectivas atribuições dos cargos de Analista de Atividades do Hemocentro e Técnico de Atividades do Hemocentro da carreira Atividades do Hemocentro.]	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=78626

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
90	Portaria 245	10/12/2014	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Cria o COLEGIADO DE GESTÃO DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA da SES/DF com fórum permanente de discussão e dá outras providências].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=78656
91	Portaria 250	17/12/2014	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre normas técnicas e administrativas relacionadas à prescrição e fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde da Assistência Farmacêutica Básica, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=78835
92	Portaria 250	17/12/2014	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre normas técnicas e administrativas relacionadas à prescrição e fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde da Assistência Farmacêutica Básica, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=78835
93	Portaria 257	22/12/2014	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a criação da Coordenação de Implantação, Acompanhamento e Monitoramento do SISAB no âmbito da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=38d45032ad5c4d20a79d71a20c4f84a7

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
94	Portaria 13	02/02/2015	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Fica instituído o Grupo Técnico de Acompanhamento Epidemiológico e Respostas Coordenadas da Dengue (GTec-Dengue)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=79044
95	Portaria 67	20/04/2015	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui o Grupo Condutor Central da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no eixo temático Câncer no âmbito do SUS-DF (GCCPDCC) para o desenvolvimento de apoio técnico nas fases de adesão e diagnóstico; elaboração de desenho regional da rede oncológica; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes; e, certificações].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=79472
96	Portaria 74	29/04/2015	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Regulamenta os Programas de Residências em Área Profissional da Saúde: modalidade Multiprofissional e Uniprofissional da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=79539
97	Portaria 80	29/04/2015	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui o Grupo Condutor Central da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS-DF (GCCRPD)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=79542

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
98	Resolução 442	05/05/2015	Sem Revogação Expressa	SES > CSDF - Conselho de Saúde do Distrito Federal	[APROVA, por unanimidade, o Regimento da 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=5bcab4a43e5848bf9af78a4e4ae9b5e8
99	Ordem de Serviço 19	19/06/2015	Alterado	SES > SAS > CGST - Coordenação Geral de Saúde de Taguatinga	[Constitui o Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Regional de Taguatinga].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=ae3354b105974fb0bdcfe10cea9016b8
100	Portaria 201	06/08/2015	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Designa Grupo de Trabalho composto pelos servidores abaixo listados para, sob a Coordenação do primeiro, analisar, estudar e propor mudanças na regulação ambulatorial do SUS-DF, com vistas a ampliar acesso da população aos serviços especializados].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=005e8f55414544c091ce4ccf8e0b1659

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
101	Resolução o 446	14/08/2015	Sem Revogação Expressa	SES > CSDF - Secretaria de Estado de Saúde > Conselho de Saúde do Distrito Federal	[Aprova as Diretrizes Estruturantes para Consolidação do Sistema Único de Saúde- SUS/DF e que o cuidado à saúde deve estar pautado na identificação dos determinantes sociais de saúde e seus indicadores de cada região, integrada em um sistema de vigilância em saúde efetivo desse modo configurando-se Brasília como "Capital Saúde"].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=291b10e0dcc143c79506fed7aedbefdb
102	Portaria 214	25/08/2015	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Designa servidores para constituírem o Grupo de Trabalho de acompanhamento, análise, melhoria, padronização e validação do Módulo de Odontologia do Sistema Integrado de Saúde-SIS].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=3411b95cedf145d98ddaf6f7f50ceb27

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
103	Ordem de Serviço 8	10/09/2015	Sem Revogação Expressa	SES > SAS>CGSS - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE > Subsecretaria de Atenção à Saúde>Coordenação Geral de Saúde de Samambaia	[Institui a Comissão de Qualidade Hospitalar e Segurança do Paciente, do Hospital Regional de Samambaia - HRSAM].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=69531b0407f442bfa03ad8f33c769b47
104	Decreto 36918	26/11/2015	Alterado	GOVERNADORIA - Governador(a)	Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=18d4937a92aa49eba6b56ecc14a31b76
105	Decreto 37032	30/12/2015	Sem Revogação Expressa	GOVERNADORIA - Governador(a)	Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=1775d343ad88431c8b94ca8e26d036ef

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
106	Decreto 37057	14/01/2016	Alterado	GOVERNADORIA - Governadori a	Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=e99ffafc95b0448db85e0010846badf8
107	Portaria 9	26/01/2016	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a aplicação e dispensação do fármaco Palivizumabe na prevenção do Vírus Sincicial Respiratório (VSR) nos serviços de saúde que integram a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=0ccfaa0e7fd8466e978e7e1ae1932c12
108	Portaria 10	28/01/2016	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre o regimento interno da Comissão Central de Farmácia e Terapêutica do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=14a2c2ee170546aa92d3f457fea8393b
109	Portaria 18	17/02/2016	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a organização e funcionamento das Unidades de Atenção à Dengue da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal-SES/DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=dfec2da34ab148878cafda1226702040

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
110	Portaria 29	01/03/2016	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Aprova os Protocolos Clínicos e de Dispensação de Medicamentos elaborados pelas áreas técnicas de SES-DF e aprovados pela CPPAS].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=b41fc660d09940c28525ce59312d9056
111	Resolução 288	01/03/2016	Revogado	TCDF - Tribunal de Contas do Distrito Federal	Dispõe sobre as normas referentes ao Plano de Capacitação e aos demais programas e ações que compõem o subsistema de educação corporativa do Tribunal de Contas do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=9fa7a1ff26094223b2c242470ea560c0
112	Ordem de Serviço 15	18/04/2016	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Altera a composição e as atribuições do Grupo Condutor Central da Rede Cegonha no Distrito Federal (GCCRC-DF) no desenvolvimento de apoio técnico nas fases de atualização do diagnóstico; elaboração de desenho regional; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes; e certificação, conforme o disposto nas legislações federais vigentes].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=a1940c903e4c4682b3a664dcd23da27d

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
113	Portaria 61	29/04/2016	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Define que todos os pediatras lotados em unidades assistenciais da Atenção Primária e demais unidades de saúde, deverão fazer no mínimo 6h semanais para aqueles com 20h e 12 horas semanais para aqueles com 40h, nos serviços de urgência e emergência (Pronto Socorro - PS e Unidade de Pronto Atendimento - UPA)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=e67b30242f3b4287ae8b48377feba6b3
114	Portaria 65	02/05/2016	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Cria o Serviço de Atenção Domiciliar de Alta complexidade da SES/DF [e estabelece os critérios para funcionamento do Serviço Domiciliar de Alta Complexidade]].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=b8955f4dd83648208692872cfd46c761
115	Ordem de Serviço 8	01/06/2016	Sem Revogação Expressa	SES>SRSC N - Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte	[Cria o Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha da Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=b312cfd08ff2422cace31f77ec9809d9

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
116	Ordem de Serviço 13	10/06/2016	Sem Revogação Expressa	SES>SRSC N - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte	[Cria a Comissão de Cuidados com a Pele do Hospital Regional da Asa Norte-HRAN, bem como o Regimento Interno da Comissão de Cuidados com a Pele do Hospital Regional da Asa Norte - HRAN].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=037aed93d3de4bbcab14ba0af9c714f6
117	Portaria 112	05/07/2016	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui Grupo Multidisciplinar de Ações Estratégicas em Saúde (GMAES), para realizar ações estratégicas visando a qualificação e promoção das boas práticas de gestão, das diretrizes estratégicas do Gabinete do Secretário e das ações prioritária no âmbito da SES-DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=3bb072592c6a44fe98b4e3a22dbd6b8f
118	Decreto 37488	18/07/2016	Alterado	GOVERNADORIA - Governador(a)	Institui a Sala Distrital Permanente de Coordenação e Controle das Ações de Enfrentamento às Doenças Transmitidas pelo Aedes - SDCC e os Grupos Executivos Intersetoriais de Gestão do Plano de Prevenção e Controle da Dengue e outras Doenças Transmitidas pelo Aedes - GEIPLANDENGUE e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=804947ccf6ab4abab2465f52a515adf5

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
119	Decreto 37515	26/07/2016	Sem Revogação Expressa	GOVERNADORIA	Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=05990c188e6a4778860953ca699e356e
120	Ordem de Serviço 12	26/07/2016	Sem Revogação Expressa	SES>SRSC N - Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte	[Institui o Colegiado Gestor da Atenção Primária à Saúde, no âmbito da Região de Saúde Centro Norte, com a finalidade de identificar, definir prioridades e pactuar soluções para a organização dos serviços da Atenção Primária à Saúde da Região Centro Norte].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=5e888f72b6494c96a5080208415ea2a5
121	Ordem de Serviço 21	27/07/2016	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[República Grupo Condutor Central da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS-DF (GCCRPD) para o desenvolvimento de apoio técnico nas fases de adesão e diagnóstico; elaboração de desenho regional; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes; e, certificações, conforme o disposto nas legislações federais vigentes].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=a7ba604fa0e7483290dc40a4c742ebca

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
122	Ordem de Serviço 30	20/09/2016	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[República Grupo Condutor Distrital da Rede de Urgência e Emergência da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, para apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação da implantação, implementação e acompanhamento no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=1f8cc03ed7cb4bbd88bb586a57c897ed
123	Resolução 465	04/10/2016	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Determina que a Estratégia de Saúde da Família seja considerada como a estratégia prioritária da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF), sendo a responsável pelo reordenamento do modelo assistencial de saúde na rede pública de saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=d496be850d8a40ce8dce099ed9dd85ac
124	Portaria 231	07/10/2016	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Determina que todos os servidores ocupantes dos cargos de médico - especialidade Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria -, enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, lotados em unidades de saúde da atenção primária, deverão exercer parte de sua carga horária semanal nos serviços de urgência e emergência (Pronto Socorros e Unidades de Pronto Atendimento - UPA	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=30e0cd69e64d43b7abcfca6acbc94c8

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
					24h) ou em Unidades de Terapia Intensiva].	
125	Resolução 474	29/11/2016	Sem Revogação Expressa	SES > CSDF - Secretaria de Estado de Saúde > Conselho de Saúde do Distrito Federal	[Aprova, por unanimidade, a criação e constituição da Comissão Permanente de Reforma de Modelo Assistencial/Gestão da Urgência e Emergência do Distrito Federal, de modo a favorecer e garantir no DF o figurino das UPAS conforme definido na Política de Atenção às Urgências, nos termos do § 1º, do art. 1, da Portaria Ministerial/MS nº 1.601/2011.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=8415edc68d704ba986211901246e1c18
126	Resolução 473	22/12/2016	Sem Revogação Expressa	SES > CSDF - Conselho de Saúde do Distrito Federal	[Aprova o Plano Oncológico do Distrito Federal 2016/2019, condicionado às seguintes ações a serem implementadas pela SES/DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=bba325875aba4984b4cc7cae7f45b674
127	Ordem de Serviço 1	10/01/2017	Sem Revogação Expressa	SES>SRSC N - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte	[Cria o Comitê de Voluntariados da Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=21f216e0bf6a4405a466719db48970c0

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
128	Decreto 37994	06/02/2017	Sem Revogação Expressa	GOVERNADORIA - Governadori a	Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=66a9818a922540f7a31442bca399815d
129	Portaria 77	14/02/2017	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521
130	Portaria 78	14/02/2017	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, [que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal], para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=1b6ab6da56874a4ab2719d2524fdb6c2
131	Decreto 38017	21/02/2017	Revogado	GOVERNADORIA - Governadori a	Aprova o Regimento Interno das Superintendências das Regiões de Saúde, das Unidades de Referência Assistencial e das Unidades de Referência Distrital, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=5c8fb2bfee8d48f99f4888d7de87be17

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
132	Decreto 38018	21/02/2017	Sem Revogação Expressa	GOVERNADORIA - GOVERNADORIA	Dispõe sobre alterações na estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=8d12de2df7844fc1802c115be502a8f7
133	Portaria 123	16/03/2017	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Toda as identificações funcionais de servidores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal ocupantes do cargo de médico emitidas a partir desta data deverão, nos campos relativos ao cargo, trazer simplesmente a palavra "MÉDICO" ou "MÉDICA", sem menção à área de especialidade].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=2b507bfa258e94578aa84f60b4ca19e8a
134	Ordem de Serviço 11	04/04/2017	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[República o Grupo Condutor Distrital da Rede de Urgência e Emergência da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, para apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação da implantação, implementação e acompanhamento no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=98355b06fb8a4b778bc582b947a59a0f

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
135	Ordem de Serviço 10	05/04/2017	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Institui, o Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha no âmbito das Superintendências Regionais de Saúde do DF, mediante Ordem de Serviço da respectiva superintendência].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=3935d12271b74752a978a376d4a0ab50
136	Ordem de Serviço 7	05/04/2017	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[República Grupo Condutor Central da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS-DF (GCCRPD) para o desenvolvimento de apoio técnico nas fases de adesão e diagnóstico; elaboração de desenho regional; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes; e, certificações, conforme o disposto nas legislações federais vigentes].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=4e338d2107664fe79874a3f371e13ecb

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
137	Portaria 179	07/04/2017	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Prorroga a Portaria nº 231, de 07 de outubro de 2016, publicada no DODF nº 193, de 11 de outubro de 2016, [que determina que todos os servidores ocupantes dos cargos de médico - especialidade Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria -, enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, lotados em unidades de saúde da atenção primária, deverão exercer parte de sua carga horária semanal nos serviços de urgência e emergência (Pronto Socorros e Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h) ou em Unidades de Terapia Intensiva].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=bdc9b16e97ee44a8ae2445366233dd7c
138	Ordem de Serviço 6	10/04/2017	Tornado(a) sem efeito	SES>SRSC N - Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte	[Atualiza a composição do Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha da Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=cbba43839dd54c3fa64951ede9ba9950
139	Portaria 291	31/05/2017	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o Comitê Técnico da Planificação da Atenção à Saúde no Distrito Federal do Programa "Qualificação SUS - DF/Brasília Saudável" e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=03e30a2076cc4b88be8e38820b2fca7e

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
140	Ordem de Serviço 12	05/06/2017	Tornado(a) sem efeito	SES>SRSS O - Superintendência da Região de Saúde Sudoeste	[Constitui o Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha no Hospital Regional de Taguatinga, com as atribuições que lhe foram conferidas na Ordem de Serviço nº. 08, de 05 de abril de 2017, publicada no DODF nº. 69, de 10 de abril de 2017].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=790849cb4e33405b8c875ddb927da0d6
141	Ordem de Serviço 12	06/06/2017	Sem Revogação Expressa	SES>SRSC N - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte	[Institui o Colegiado Gestor da Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=691be113934345b3881979dec13868aa
142	Ordem de Serviço 14	06/06/2017	Sem Revogação Expressa	SES>SRSC N - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte	[Institui o Colegiado Gestor do Hospital Regional da Asa Norte].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=349b8aed921949898b53a39b4bfc62b2

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
143	Ordem de Serviço 15	13/06/2017	Sem Revogação Expressa	SES>SRSC N - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte	[Cria a CENTRO DE ESPECIALIDADES EM OBESIDADE, DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA da Região de Saúde Centro-Norte].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=cd1a2af5108e4c978fe89ba2a478bc63
144	Portaria 321	16/06/2017	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Designa o Chefe da Unidade Setorial de Transparência e Controle Social, da Controladoria Setorial da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, na qualidade de Autoridade de Monitoramento da Lei de Acesso à Informação diretamente subordinado ao Controlador Setorial da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, atendendo ao disposto no artigo nº 45 da Lei nº 4.990, de 12 de dezembro de 2012, para exercer as atribuições que especificam].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=8e32d6cc0e1d47f18c5454c1744e7e60

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
145	Portaria 342	28/06/2017	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Aprova os Protocolos Clínicos e de Dispensação de Medicamentos elaborados pelas áreas técnicas de SES-DF e aprovados pela CPPAS].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=221d3719abc24286a078421cdb68fc64
146	LEI Nº 5.899	03/07/2017	Alterado	CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal	[Autoriza o Poder Executivo a instituir o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF e dá outras providências].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/d40f1f59cc5a40dcb9cf424bebcd315d/Lei_5899_03_07_2017.html
147	Portaria 345	05/07/2017	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Os servidores em exercício no Hospital de Base, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias contados do início da vigência desta Portaria, poderão manifestar interesse pela cessão especial ao IHBDF, nos termos do art. 3.º da Lei n.º 5.899/2017, ou pela remoção a outra unidade da SES/DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=8d0447db243544c48e2c0448d4480829

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
148	Portaria Conjunta 20	06/07/2017	Sem Revogação Expressa	SEPLAG - Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Acrescenta ao Anexo II da Portaria Conjunta SGA/SES Nº 08, de 18 de julho de 2006 a descrição das atribuições das especialidades de Pediatria, Anestesiologia, Neonatologia e Terapia Intensiva Adulto, no cargo de Médico da Carreira Médica].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=1f97b791f01e47ebae9978828ede65
149	Resolução 488	11/07/2017	Sem Revogação Expressa	SES > CSDF - Conselho de Saúde do Distrito Federal	[Que a estruturação da rede de urgência e emergência seja organizada a partir do perfil epidemiológico apresentado por cada região de saúde com fluxo de atendimento definido, e que seja ordenado pela Atenção Primária a Saúde].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=c80f7f66bc024820a1d6c41f3c245973
150	Portaria 386	27/07/2017	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=e65da923a385422db118f7f891747e3e

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
151	Portaria 408	03/08/2017	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Disciplina o funcionamento e estrutura de serviços das Gerências de Emergência dos hospitais da Rede de Atenção à Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=dcfc4285fca84927b7353ae837a2c7e5
152	Portaria 454	30/08/2017	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui o Grupo Condutor Central da Política Nacional de Humanização - GCCPNH].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=613cdae937fa41f4917744a48e584b1f
153	Portaria 455	30/08/2017	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o Evento 1ª Mostra de Experiências Inovadoras* no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (SUS/DF), no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=290092aeaacb4cf08c4284bcbfd03f20
154	Portaria 472	05/09/2017	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a vigilância do óbito materno, fetal e infantil nos serviços de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF).	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=5d6fc533cbe5422e9d6a6c47288938d2

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
155	Decreto 38488	13/09/2017	Sem Revogação Expressa	GOVERNADORIA - GOVERNADORIA	Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=1145927889874c5187119a7627cf37e5
156	Ordem de Serviço 20	02/10/2017	Sem Revogação Expressa	SES>SRSC N - Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte	[Institui o Grupo Condutor da Regional da Política Nacional de Humanização / Centro-Norte - GCRPNH / CN].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=1d0f60964cee41118bb942a8b44a3d53
157	Portaria 576	13/10/2017	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre as regras para cumprimento da Lei nº 5.834, de 11 de abril de 2017, que trata sobre a divulgação de informação a respeito de medicamentos distribuídos gratuitamente à população pelo Sistema Único de Saúde e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=a9a8705fdaaa444490fb24b70db9bf20

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
158	Ordem de Serviço 23	19/10/2017	Tornado(a) sem efeito	SES>SRSS O - Superintendência da Região de Saúde Sudoeste	[Torna sem efeito a Ordem de Serviço nº 12, de 05 de junho de 2017, publicada no DODF nº 107, de 06 de junho de 2017, página 04, o ato que constituiu o Grupo Condutor da Rede Cegonha no Hospital Regional de Taguatinga, [e Constituir o Grupo Condutor da Rede Cegonha da Superintendência da Região de Saúde Sudoeste, conforme representações abaixo estabelecidas no Art. 7º, da Ordem de Serviço nº 08, de 05.04.2017, publicada no DODF nº 86, de 08.05.2017, págs. 21 e 22]].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=c78611cb3cfc4d9a999bd6295f84867d
159	Ordem de Serviço 105	01/11/2017	Anulado	SES > SRSNO - Superintendência da Região de Saúde Norte	[Constitui Grupo Condutor da Rede Cegonha da Superintendência da Região de Saúde Norte, no mesmo momento, designa para integrarem a referida comissão].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=e2ebc9cd3eeb4f088a7e6bf47a31927e
160	Portaria 642	01/11/2017	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui a Referência Técnica Distrital no âmbito da Subsecretaria de Assistência Integral à Saúde.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=ec05f5a950094f7c891a2c8886e605d5

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
161	Portaria 642	01/11/2017	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui a Referência Técnica Distrital no âmbito da Subsecretaria de Assistência Integral à Saúde.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=ec05f5a950094f7c891a2c8886e605d5
162	Ordem de Serviço 294	18/11/2017	Sem Revogação Expressa	SRSSU - Superintendência da Região de Saúde Sul	[Altera a nomenclatura dos cargos de Gerente e Supervisor de Serviços de Atenção Primária nº 3 de Santa Maria].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=594f71a4460647b697191f920ad77c79
163	Portaria 739	27/11/2017	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a publicação do Regimento Interno da Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=1ec611eab5e94670b3d7dce6de3f46b3
164	Ordem de Serviço 27	06/12/2017	Sem Revogação Expressa	SES>SRSSO - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Sudoeste	[Constitui o Comitê da Região de Saúde Sudoeste de Prevenção e Controle do Óbito Materno Fetal e Infantil, atendendo a Portaria 472 de 05 de setembro de 2017, publicada no DODF nº 172, páginas 07].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=8f6a562aeeb8446f973a16e621c17e2d

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
165	Portaria 797	06/12/2017	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Estabelece os valores referenciais monetários para parâmetros dos cálculos das contrapartidas das Instituições de Ensino Privadas que possuem convênio ou que tenham interesse em celebrar convênio com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com a intervenção da FEPECS, com o objetivo de utilizar as Unidades de Saúde da SES/DF para execução de estágios ou atividades práticas supervisionadas de estudantes regularmente matriculados nos cursos técnicos e de graduação].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=ce77f08024794184b43ea684293bd8c4
166	Portaria Conjunta 74	14/12/2017	Sem Revogação Expressa	SEPLAG - Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão SEE - Secretaria de Estado de Educação	[Acrescenta ao Anexo II da Portaria Conjunta SGA/SES Nº 08, de 18 de julho de 2006, as especialidades de Enfermeiro Obstetra e Enfermeiro de Família e Comunidade, no cargo de Enfermeiro e a especialidade de Medicina Paliativa, no cargo de Médico].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=af608b9724c444868fca04dc90f4b5ab

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
167	Resolução 497	19/12/2017	Sem Revogação Expressa	SES > CSDF - Conselho de Saúde do Distrito Federal	[Aprova a proposta de projeto de credenciamento junto ao Ministério da Saúde das equipes que atuam na Atenção Básica pelo Distrito Federal no âmbito das Regiões de Saúde].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=dc502094c3444ac08bca14604c2160af
168	Portaria 4	05/01/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui o prazo de 30 dias, a partir da publicação desta portaria, para que os médicos considerados aptos nos termos do art. 11 da Portaria 78, de 14 de fevereiro de 2017, cumpram o disposto no § 1º do mesmo dispositivo, com redação dada pela Portaria 123, de 16 de março de 2017, solicitando a mudança de especialidade para Medicina de Família e Comunidade].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=d9f703cc96af40839363020eea384b4e
169	Portaria 7	08/01/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o Comitê Setorial de Gestão de Riscos da Superintendência da Região de Saúde Sul e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=146d1437ff9a41d48bb097b40b7eb8a2
170	Portaria 11	10/01/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o Comitê Setorial de Gestão de Riscos da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=21b11f6905bf4c9d9f58e41c7ca06475

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
171	Portaria 55	16/01/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Estabelece as normas e as diretrizes referentes à organização da Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=30234d464665423c8a558793d2761d46
172	Ordem de Serviço 16	26/01/2018	Revogado	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Institui o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, para apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação do processo de implantação e implementação da RAPS no âmbito da SES/DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=410bbb3a90204d1faeb2948e7b35227b
173	Ordem de Serviço 2	07/02/2018	Sem Revogação Expressa	SES>SRSC N - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte	[Reestrutura a Unidade de Clínica Médica, vinculada hierarquicamente à Gerência de Assistência Clínica do Hospital Regional da Asa Norte, da Diretoria do Hospital Regional da Asa Norte, da Superintendência da Região de Saúde Centro Norte, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=d7186cf6c3b44740be797c4097c6078c

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
174	Ordem de Serviço 25	16/02/2018	Revogado	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Institui o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, para apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação do processo de implantação e implementação da RAPS no âmbito da SES/DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=175e1d1f3af242929eb70663eb697e29
175	Ordem de Serviço 4	20/02/2018	Sem Revogação Expressa	SES>SRSC N - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte	[Institui o Programa de Educação Popular e Informação em Saúde da Região Centro-Norte (PROEPIS-RSCN)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=51b540fb52c848658767400551f2be82
176	Ordem de Serviço 28	21/02/2018	Sem Revogação Expressa	SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Cria a Comissão de Cuidados com a Pele, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=bae4771d998e460eab02acfe26d9b04

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
177	Portaria 161	21/02/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Aprova os Protocolos Clínicos e de Dispensação de Medicamentos elaborados pelas áreas técnicas de SES-DF e aprovados pela CPPAS].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=775b8f59b4d7490793cc11d6db460fc7
178	Ordem de Serviço 5	02/03/2018	Sem Revogação Expressa	SES>SRSC N - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte	[Constitui o Conselho Consultivo da Saúde da Mulher, vinculado à Superintendência].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=f05466a84a52468086f8eb69a9dbfe25
179	Ordem de Serviço 41	08/03/2018	Revogado	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Institui o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, para apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação do processo de implantação e implementação da RAPS no âmbito da SES/DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=efdef6be5224403286e73f1c78dde125

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
180	Portaria 270	22/03/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui o Comitê Técnico de Assessoramento e Planejamento das Ações de Enfrentamento da Dengue e outras Arboviroses (CT-ARBO), vinculado à Subsecretaria de Vigilância à Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=a184644b705d46cc937b8bde5a515a30
181	Ordem de Serviço 127	28/03/2018	Sem Revogação Expressa	SES > SRSSU - Superintendência da Região de Saúde Sul	[Institui, no âmbito da Região de Saúde Sul, o GRUPO REGIONAL DE SAÚDE MENTAL da Superintendência da Região de Saúde Sul/SES-DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=2604feb17a6b4a76b3e14e132e770321
182	Ordem de Serviço 15	04/04/2018	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Superintendência da Região de Saúde Leste	[Torna Publica as normas, rotinas e condutas para o desenvolvimento de pesquisas nas Unidades de Saúde da Superintendência da Região de Saúde Leste].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=24c310a3a4124394aee7511a8319f59d

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
183	Portaria Conjunta 5	04/04/2018	Sem Revogação Expressa	SETUL - Secretaria de Estado do Esporte, Turismo e LazerSES - Secretaria de Estado de Saúde	Estabelece parceria entre a Secretaria de Estado do Esporte, Turismo e Lazer - SETUL e a Secretaria de Estado de Saúde - SES do Distrito Federal, objetivando regulamentar a cessão de uso de espaço físico dos Centros Olímpicos e Paralímpicos para o desenvolvimento das atividades das Unidades Básicas de Saúde da Secretaria de Saúde - SES do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=95db7caadbce44a594d9a7c9c67e0e77
184	Lei 6133	06/04/2018	Sem Revogação Expressa	CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal	Estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=a9fbb858bd494419b79c811af964892a
185	Decreto 38982	10/04/2018	Sem Revogação Expressa	GOVERNADORIA - GOVERNADORIA	Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=92544ffe2f874e1288cde5c6d195214e

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
186	Ordem de Serviço 20	12/04/2018	Sem Revogação Expressa	SES > SRSNO - Secretaria de Estado de Saúde > Superintendência da Região de Saúde Norte	[Institui o Colegiado Gestor de Saúde Mental da Superintendência da Região de Saúde Norte, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal...].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=ca229748c6ff4306ab5d3223a9f01053
187	Portaria 341	12/04/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Dispõe sobre a assistência à Saúde Bucal no Distrito Federal e sua organização na Atenção Primária à Saúde].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=9c17d97dbed04e178a553a1d38b3c70d
188	Portaria 355	23/04/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a criação do Comitê de Monitoramento de Eventos em Saúde Pública no âmbito da SES DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=f0e8fe312e0d4b54b6af57f3497fc3f7
189	Portaria 473	22/05/2018	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a prestação de TPD na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=1433a1842b044b3288e2ef6bd6fda4ba

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
190	Portaria 488	23/05/2018	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Disciplina o processo de transição das equipes NASF-AB do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=9e296dfd649b4ae29dc2930bcc7d4b91
191	Portaria 489	24/05/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Regulamenta a estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, estabelecendo as normas e diretrizes para a organização de seu processo de trabalho.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=fa973d02ac7f47ad87eb39f3d4fc85b1
192	Portaria 496	25/05/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Disciplina o processo de transição das equipes NASF-AB do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=778bc7967ebb4ff791f4fb53d97bf5db
193	Decreto 39087	29/05/2018	Revogado	GOVERNADORIA - Governadori a	Institui a Política Intersetorial de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes do Distrito Federal e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=790ed667434a4ad4a0b972d6fc4773b

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
194	Ordem de Serviço 17	29/05/2018	Sem Revogação Expressa	SES>SRSS O - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Sudoeste	[Constitui o Comitê da Região de Saúde Sudoeste de Prevenção e Controle do Óbito Materno Fetal e Infantil, atendendo a Portaria 472 de 05 de setembro de 2017].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=99acbc5329d64ca0a7a187f18872610b
195	Portaria 536	08/06/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui as normas e fluxos assistenciais para as Urgências e Emergências em Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=d1a268b0b8054cf1821cda2ce6ca58fa
196	Ordem de Serviço 14	13/06/2018	Sem Revogação Expressa	SRSCE - Superintendência da Região de Saúde Central	[Cria o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar - NAQH, do Hospital Regional da Asa Norte].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=41c29c78902e457d8b41d84fb41b1e82
197	Decreto 39121	14/06/2018	Sem Revogação Expressa	GOVERNADORIA - GOVERNADORIA	Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=e1bc6c29ef864ed5bbfea8a24a234268

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
198	Portaria 708	02/07/2018	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Atribui ao Chefe de Gabinete da Secretaria de Estado de Saúde, sem prejuízo das demais atribuições inerentes ao cargo e das eventuais atribuições privativas das unidades orgânicas da SES-DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=9eacd8d19f3c4cd4a6617f12266ca3d5
199	Portaria 725	05/07/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Atribui competência no âmbito da SES/DF à Fundação Hemocentro de Brasília-FHB para atuar como Centro de Referência de Tratamento de Coagulopatias Hereditárias, coordenando e regulando a atenção integral aos pacientes com coagulopatias hereditárias].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=a60a79c3c69941239367e432b8f528f0
200	Portaria 773	19/07/2018	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=82c3196081194fa3b7cd6862311bcaca
201	Ordem de Serviço 32	25/07/2018	Tornado(a) sem efeito	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Destitui os membros executores da Comissão de Infecção Hospitalar do Hospital Regional de Taguatinga - SRSSO, constituída através da Ordem de Serviço nº. 12, 26 de outubro de 2016].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=46ff607690ed46368f300dcff00111aa

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
202	Ordem de Serviço 115	08/08/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Torna sem efeito a republicação da Ordem de Serviço nº 11, de 04 de Abril de 2017, publicada no DODF nº28, de 08 de fevereiro de 2018, que retificou o Grupo Condutor Distrital de Rede de Urgência e Emergência da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, para apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação da implantação, implementação e acompanhamento no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=fb74bc1dca745f4a025f89b2ca069f8
203	Portaria 1032	17/09/2018	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui a Referência Técnica Distrital no âmbito da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=27ac12d9e03d4ce6941de0d1940c53b8
204	Resolução 505	09/10/2018	Sem Revogação Expressa	SES > CSDF - Conselho de Saúde do Distrito Federal	[Determina que a Atenção Ambulatorial Secundária seja uma estratégia de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, organizada a partir da territorialização e das linhas de cuidado, de acordo com os princípios de descentralização e regionalização do SUS].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=dcffaabebbb04c638b3f9edbe368978d

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
205	Portaria Conjunta 8	11/10/2018	Sem Revogação Expressa	SEE - Secretaria de Estado de Educação SES - Secretaria de Estado de Saúde	Estabelece regulamentação para ação conjunta entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF) e Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (SEEDF) para abertura de serviços de atenção primária à saúde nas dependências do CAIC Bernardo Sayão, localizado na Região Administrativa de Ceilândia, e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=8ef868b89418438b86626162dca6c3da
206	Ordem de Serviço 54	12/11/2018	Sem Revogação Expressa	DVS - Diretoria de Vigilância Sanitária	[Aprova e torna de amplo conhecimento a Nota Técnica nº 01/2018 - GRSS/DIVISA/SVS/SES - Orientações para o gerenciamento do uso de antimicrobianos em serviços de saúde].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=4a436290117b40b19f63dea0b6619a7a
207	Portaria 1262	16/11/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Criação do Comitê para o Enfrentamento da Sífilis no Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=672584b9790f4c21a51d0ec4de156142

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
208	Ordem de Serviço 195	20/11/2018	Tornado(a) sem efeito	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Torna sem efeito a republicação da Ordem de Serviço nº 11, de 04 de Abril de 2017, publicada no DODF nº28, de 08 de fevereiro de 2018, que retificou o Grupo Condutor Distrital de Rede de Urgência e Emergência da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, para apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação da implantação, implementação e acompanhamento no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=59b293a2019b43ba81c20551a66dbe9a
209	Portaria 1274	22/11/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Aprova o Protocolo Clínico e de Dispensação de Medicamentos elaborado pelas áreas técnicas da SES-DF e aprovado pela CPPAS denominado "Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do DF - APS/DF"].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=fc8bd14ae2814e62bf014a04b9e2dfd1
210	Ordem de Serviço 7	26/11/2018	Sem Revogação Expressa	SES > SVS - Subsecretaria de Vigilância à Saúde	[Institui o Grupo Condutor Central da Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=519d6bf b22954b0db43fdee58bd48e8e

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
211	Portaria 1308	03/12/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Altera o art. 1º, da Portaria nº 843, de 07 de agosto de 2018, que alterou a Portaria 109, de 05 de julho de 2016, publicada no DODF nº 128, de 06 de julho de 2016, que [Trata da mudança de especialidade médica no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde]].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=168a9c0369c14f4e8eebd2b11111a98a
212	Portaria 1309	03/12/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre os procedimentos técnicos e administrativos necessários à gestão de estoque de medicamentos e produtos para saúde com risco de vencimento e com prazo de validade expirado.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=fc5213bbfb7a42fa8f867109813a9db9
213	Portaria 1310	04/12/2018	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a atenção integral a saúde dos pacientes com Doença Falciforme.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=d6a7b055dcf34a388898b8d577dd6e45
214	Portaria 1356	05/12/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Aprova os Protocolos Clínicos e de Dispensação de Medicamentos relacionados no artigo 2º desta Portaria, elaborados pelas áreas técnicas de SES-DF e aprovados pela CPPAS].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=e9d0da80e56f4202b1fce256cfd22f1f

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
215	Deliberação 46	06/12/2018	Sem Revogação Expressa	SES > CG - Colegiado de Gestão	[Aprova por consenso, a Alteração do Horário de Funcionamento (das 07 às 18 horas, de segunda a sexta-feira), da UBS16 - Ceilândia].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=381c2b6c39824a6381049a9ea6f43d66
216	Ordem de Serviço 210	06/12/2018	Sem Revogação Expressa	SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Institui a Câmara Técnica de Enfermagem de Família e Comunidade da Gerência de Serviços de Enfermagem na Atenção Primária e Secundária/DIENF/COASIS/SAIS/SES].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=0e79955cddad4bab990ac5bb1c4f5fef
217	Portaria 1357	06/12/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Hospitalar no Âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=536a9f4da0a9459f96bd8c3bc06dfc50
218	Portaria 1388	12/12/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Estabelece a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=61d302d0c57548879a1302b814e804d5

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
219	Decreto 39527	14/12/2018	Sem Revogação Expressa	GOVERNADORIA - Governador	Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=33c250cb43444fb8fe716d7425be3e1
220	Portaria 1321	18/12/2018	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui a Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das mulheres gestantes no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=e841640c81d34189bfa8502fccd0ec7f
221	Portaria 1400	18/12/2018	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Redefine a composição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Distrito Federal e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=99b945ae2db944ed91014444419871fc
222	Decreto 39546	19/12/2018	Alterado	GOVERNADORIA - Governador	Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=c7d8594440ea48969cee564fafa77865

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
223	Portaria 1417	21/12/2018	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Estabelece o Regulamento dos Procedimentos Operacionais do SIS-Materiais.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=3859b2a61f4a4d51a0d1a038c2ac0120
224	Decreto 39587	28/12/2018	Revogado	GOVERNADORIA - Governadori a	Institui as diretrizes gerais para concepção, implantação e promoção de Política e Programas de Qualidade de Vida no Trabalho para os servidores públicos dos órgãos e entidades que compõem a estrutura no âmbito do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=fa244dbbf56c4734a4e8b9142914f9a2
225	Nota Técnica 4	31/12/2018	Sem Revogação Expressa	SEPLAG - Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão	[Elaboração de nota que aborda a situação fiscal do Governo do Distrito Federal de 2015 a 2018, com foco no cumprimento do art. 42 da Lei Complementar nº 101, de 5 de maio de 2000, Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF, em complemento à Nota Técnica nº 01/2018 da Secretaria Executiva da Governança - DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=b357caba7313482ca03f0e8b55561941
226	Decreto 39610	01/01/2019	Alterado	GAG - Gabinete do Governador	Dispõe sobre a organização da estrutura da Administração Pública do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=d7b71f8fb3864fc0aec117bb1e0ea2ca

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
227	Portaria 39	23/01/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=0bb8bd0f26ba4396a23602f2b993e613
228	Ordem de Serviço 26	13/03/2019	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Secretaria de Estado de Saúde>Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Institui a Câmara Técnica de Infectologia].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=3dafd1ba424f41859aa24b9cba23c486
229	Ordem de Serviço 65	18/03/2019	Sem Revogação Expressa	SES>SRSS O - Superintendência da Região de Saúde Sudoeste	[Torna sem Efeito a Ordem de Serviço Nº 32, de 25 de julho de 2018, publicada no DODF Nº 174, de 12/09/19, ato que constituiu a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Regional de Taguatinga referente ao exercício de 2018].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=83b5f632bc46467fa9963b1b394e77da

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
230	Portaria Conjunta 7	21/03/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde SEJUS - Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania	Institui o Grupo Gestor do Plano Operativo Distrital de Atenção à Saúde de Adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=7c8a7e8391ae42339934d37a3d4ed76a
231	Portaria Conjunta 7	21/03/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde SEJUS - Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania	Institui o Grupo Gestor do Plano Operativo Distrital de Atenção à Saúde de Adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=7c8a7e8391ae42339934d37a3d4ed76a
232	Portaria 197	26/03/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Grupo condutor da rede de atenção das pessoas com TUBERCULOSE da SES DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=1f4c080b28e1474e8d5862c957fc05ae

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
233	Portaria 205	28/03/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Estabelece, na forma do Anexo Único, os valores referenciais monetários para parâmetros dos cálculos das contrapartidas das Instituições de Ensino Privadas que possuem convênio ou que tenham interesse em celebrar convênio com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com a interveniência da FEPECS, com o objetivo de utilizar as Unidades de Saúde da SES/DF para execução de estágios ou atividades práticas supervisionadas de estudantes regularmente matriculados nos cursos técnicos e de graduação].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=67fb112fa7784baba8654353d1504ac1
234	Portaria 208	01/04/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui a Câmara Técnica de Segurança do Paciente, de natureza consultiva e propositiva, vinculada à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=edeef413a0c44a65abe2d8b7a28aa1af

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
235	Portaria 213	08/04/2019	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Os servidores da SES/DF, em exercício no Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF, atualmente lotados no Hospital Regional de Santa Maria e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), no prazo de 30 (trinta) dias contados do início da vigência desta Portaria, poderão manifestar interesse pela cessão especial ao IGESDF, nos termos do art. 14 da Decreto nº 39.674/2019, ou pela remoção a outra unidade da SES/DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=16c7f83537f54635825c41b9c6452b2d
236	Lei 6288	15/04/2019	Sem Revogação Expressa	CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal	Institui a política pública distrital de prevenção da violência doméstica com a estratégia de saúde da família no âmbito do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=e787518e9d0a41278c15efb5a89fc616

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
237	Ordem de Serviço 111	18/04/2019	Sem Revogação Expressa	SES>SRSS O - Superintendência da Região de Saúde Sudoeste	[Institui e implementa a Câmara Técnica de Segurança do Paciente em nível Regional, da Superintendência da Região de Saúde Sudoeste, com atribuições semelhantes e vinculadas tecnicamente à Câmara Técnica de Segurança do Paciente em nível Central, para discussões técnicas, com o objetivo de prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos na assistência à saúde, estando vinculadas à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=284bd73d250545e19b437ca0e21aaf59
238	Portaria 279	22/04/2019	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o Grupo Condutor Central da Planificação da Atenção à Saúde no Distrito Federal do Programa "PlanificaSUS - DF" e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=358fe233ec814fe8b0dae6a91eb3d0d9
239	Ordem de Serviço 67	30/04/2019	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Institui a Câmara Técnica de Processamento de Produtos para Saúde, de natureza consultiva e propositiva, vinculada à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=807ae2fd7de1473ea0aaa1273ab6333

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
240	Portaria 345	09/05/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre as atividades relacionadas à coleta, fluxo, consolidação e periodicidade de envio de dados sobre nascidos vivos por meio do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=2d47863ddb9d462ca9937c6e563ea59b
241	Ordem de Serviço 89	15/05/2019	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Superintendência da Região de Saúde Leste	[Institui e implementa a Câmara Técnica de Segurança do Paciente em nível Regional, da Superintendência da Região de Saúde Leste, com atribuições semelhantes e vinculadas tecnicamente à Câmara Técnica de Segurança do Paciente em nível Central, para discussões técnicas, com o objetivo de prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos na assistência à saúde, estando vinculadas à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=ec8d1cf48cba4b1abfa57dd659f82c8f
242	Deliberação 5	16/05/2019	Sem Revogação Expressa	SES > CG - Colegiado de Gestão	[Aprova, por consenso, a execução institucional do projeto estratégico "Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no DF"].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=df5b1dc4bc59423db7e77d0bbfaf6d2e

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
243	Portaria 364	27/05/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Recompõe o Comitê Central de Promoção da Saúde SUS DF, criado pela Portaria SES DF nº 109 de 01 de julho de 2011, com as competências especificadas].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=53dd12dac9354bd49368c095e80c9448
244	Portaria 364	27/05/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Recompõe o Comitê Central de Promoção da Saúde SUS DF, criado pela Portaria SES DF nº 109 de 01 de julho de 2011, com as competências especificadas].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=53dd12dac9354bd49368c095e80c9448
245	Ordem de Serviço 92	28/05/2019	Tornado(a) sem efeito	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Institui o Grupo Condutor Distrital da Rede de Urgência e Emergência da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, para apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação da implantação, implementação e acompanhamento no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=38ee4b3a2d464b1995c2c750ee35fd4c
246	Decreto 39867	31/05/2019	Sem Revogação Expressa	GAG - Gabinete do Governador	Institui o Programa Criança Feliz Brasiliense e cria seu Comitê Gestor no âmbito do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=b4364404f7fd4837969fad2ad70f7e35

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
247	Portaria 371	03/06/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Inclui o Ayurveda, a Laya Yoga e a Técnica de Redução de Estresse (TRE® - Tension and Trauma Releasing Exercises) à Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=3b9c075780074bf4818dc0ba105fdc1c
248	Ordem de Serviço 98	11/06/2019	Sem Revogação Expressa	SES > SRSNO - Superintendência da Região de Saúde Norte	[Institui e implementa a Câmara Técnica de Segurança do Paciente em nível Regional, da Superintendência da Região de Saúde Norte, com atribuições semelhantes e vinculadas tecnicamente à Câmara Técnica de Segurança do Paciente em nível Central de gestão da SES-DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=079269e176654f0ba87ec29d9edb4f57
249	Ordem de Serviço 149	09/07/2019	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Superintendência da Região de Saúde Leste	[Institui o Comitê de Monitoramento de Eventos em Saúde Pública da Região de Saúde Leste - CMESPLE/SES/DF, no âmbito da SRSLE/SES/DF, como parte da capacidade de resposta às Emergências de Saúde Pública no Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=c79624edc5cc4bf28eecccb15805dc59
250	Resolução 522	09/07/2019	Alterado	SES > CSDF - Conselho de Saúde do Distrito Federal	[Aprova, por maioria qualificada de 2/3 de votos, a atualização do Regimento Interno do Conselho de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=fdcfd774c6e46e9ad45d79fe5ed3f95

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
251	Portaria 571	10/07/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Fica alterada a Portaria nº 279, de 22 de abril de 2019, que institui o Grupo Condutor Central da Planificação da Atenção à Saúde no Distrito Federal do Programa "PlanificaSUS - DF" e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=040eefa71b6146148be5b15cfbb38260
252	Portaria 572	10/07/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui a Comissão Central e as Comissões Internas da Secretaria de Estado de Saúde para implementação do Programa de Otimização do Uso Prioritário da Água - Poupa - DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=f3c030d15e744a719845084955fcab1b
253	Deliberação 11	19/07/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Aprova por consenso, o Projeto Práticas Integrativas na Escola em parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde do DF e a Secretaria de Estado de Educação do DF, para as unidades de saúde e escolas especificadas].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=105e47a67fac43fab901fb84ffdf6673
254	Ordem de Serviço 135	25/07/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui o Grupo Condutor que coordenará o processo de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualis-APS) do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=c05c0e6de3394144923831a1bb4d48e1

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
255	Ordem de Serviço 139	31/07/2019	Revogado	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Publica o Grupo Condutor Distrital da Rede de Atenção Psicossocial (GCDRAPS), para apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação do processo de implantação e implementação da rede no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=ab0dd5d76cee43838121b4fab010b68b
256	Ordem de Serviço 144	05/08/2019	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Institui a Câmara Técnica de Enfermagem de Família e Comunidade da Gerência de Serviços de Enfermagem na Atenção Primária e Secundária/DIENF/COASIS/SAIS/SES].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=2e3a5cf72d741eb87d242ba9ea43b8
257	Portaria Conjunta 15	20/08/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde SEJUS - Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania	Institui o Selo Chega Mais como estratégia de qualificação e melhoria dos serviços de saúde para atendimento à adolescentes.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=e93fe58bec5640bf9663c59dc4fc61f3

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
258	Deliberação 14	22/08/2019	Sem Revogação Expressa	SES > CG - Colegiado de Gestão	[Aprova, por consenso, a incorporação da Região Administrativa do Lago Sul à Região de Saúde Leste].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=a4d5b05b301e4a1cbf21aafc3ed324d4
259	Ordem de Serviço 39	23/08/2019	Sem Revogação Expressa	SES > SRSCE - Secretaria de Estado de Saúde > Superintendência da Região de Saúde Central	[Institui a Câmara Técnica de Segurança do Paciente em nível Regional, da Superintendência da Região de Saúde Central, com atribuições semelhantes e vinculadas tecnicamente à Câmara Técnica de Segurança do Paciente em nível central, para discussões técnicas, com o objetivo de prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos na assistência à saúde, estando vinculadas à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=256d5aa87d2482fa805c70f7a62a753
260	Ordem de Serviço 162	26/08/2019	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Altera a composição e as atribuições do Grupo Condutor Central da Rede Cegonha no Distrito Federal (GCCRC-DF)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=622ae8f6ddd44c61baece0b0a00972ec

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
261	Ordem de Serviço 48	13/09/2019	Sem Revogação Expressa	SES > SRSCE - Superintendência da Região de Saúde Central	[Institui o Grupo Condutor Região Central da Planificação da Atenção à Saúde no Distrito Federal do Programa "Planificação SUS - DF"].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=7a35ffb5f90d4af78e264caa10d56bcf
262	Ordem de Serviço 177	18/09/2019	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Institui, na forma desta Ordem de Serviço, o Grupo Condutor do e-SUS AB no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (SUS-DF) para o aprimoramento da qualificação das informações em saúde, integração para tomada de decisões técnicas e estabelecimento de fluxo para processamento e publicação dos dados, conforme disposto nas legislações federais vigentes].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=7e657a464ac142728be80852898f625f
263	Ordem de Serviço 244	20/09/2019	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Leste	[Atualiza as normas, rotinas e condutas para o desenvolvimento de pesquisas nas Unidades de Saúde da Superintendência da Região de Saúde Leste].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=2b5ad5d054ac4541b5d6646d4178cb95

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
264	Resolução 523	08/10/2019	Sem Revogação Expressa	SES > CSDF - Conselho de Saúde do Distrito Federal	[Determina, com aprovação da maioria de votos, que a Gestão Central da SES-DF pratique os atos administrativos especificados].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=68d7049041a14cb99b4c4c5d01294c01
265	Resolução 523	08/10/2019	Sem Revogação Expressa	SES > CSDF - Conselho de Saúde do Distrito Federal	[Determina, com aprovação da maioria de votos, que a Gestão Central da SES-DF pratique os atos administrativos especificados].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=68d7049041a14cb99b4c4c5d01294c01
266	Portaria 826	10/10/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Dispõe sobre procedimentos para aprimorar a gestão dos bens patrimoniais, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal].;	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=bae38d0470664735b33721dc57d7be96
267	Decreto 40242	08/11/2019	Sem Revogação Expressa	GAG - Gabinete do Governador	Altera o Decreto nº 37.488, de 18 de julho de 2016, que "Institui a Sala Distrital Permanente de Coordenação e Controle das Ações de Enfrentamento às Doenças Transmitidas pelo Aedes - SDCC e os Grupos Executivos Intersetoriais de Gestão do Plano de Prevenção e Controle da Dengue e outras Doenças Transmitidas pelo Aedes - GEIPLANDENGUE e dá outras providências".	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=6489c840be1d4a69a68ac5a0a6680847

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
268	Portaria 942	18/11/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica - CEPAV.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=548420ae0a9d46a1bfd41da1c4ebdf6f
269	Portaria 942	18/11/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica - CEPAV.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=548420ae0a9d46a1bfd41da1c4ebdf6f
270	Ordem de Serviço 246	25/11/2019	Sem Revogação Expressa	SES > SRSNO - Superintendência da Região de Saúde Norte	[Cria as normas, rotinas e condutas para o desenvolvimento de pesquisas nas Unidades de Saúde da Superintendência da Região de Saúde Norte].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=ea70b71ab75b4f55ab02d8078ecf300e
271	Portaria 960	25/11/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Fica alterada a Portaria nº 279, de 22 de abril de 2019, que institui o Grupo Condutor Central da Planificação da Atenção à Saúde no Distrito Federal do Programa "PlanificaSUS - DF" e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=a694d06dc9414d38b5b1205f49a194f8

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
272	Ordem de Serviço 559	28/11/2019	Tornado(a) sem efeito	SES>SRSS O - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Sudoeste	[Constitui o grupo condutor Regional da RUE (Colegiado Regional de Urgência e Emergência), da Superintendência Regional de Saúde Sudoeste, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=59f371d6eae141a3836ca14a94fb7d4e
273	Portaria 991	29/11/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Fica alterada a PORTARIA Nº 454, DE 30 DE AGOSTO DE 2017 que. Institui o Grupo Condutor Central da Política Nacional de Humanização - GCCPNH	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=a4cc6ccb103d4a84bedcaa895d24abd5
274	Ordem de Serviço 348	05/12/2019	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Leste	[Cria o Grupo Executivo Intersetorial de Gestão do Plano de Prevenção e Controle da Dengue e outras Doenças Transmitidas pelo Aedes da Superintendência da Região de Saúde Leste - GEIPLANDENGUE LESTE].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=f51e189694244703bb506dfa29271cd8

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
275	Portaria 994	05/12/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Fica alterada a Portaria nº 279, de 22 de abril de 2019, que institui o Grupo Condutor Central da Planificação da Atenção à Saúde no Distrito Federal do Programa "PlanificaSUS - DF" e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=c3a6eb0be6914fb589f71c22a91696b6
276	Portaria 1003	09/12/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui o Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=27decdd e9abe4648a558b3c0c1b acf5d
277	Portaria 1008	11/12/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Estabelece os valores referenciais monetários para parâmetros dos cálculos das contrapartidas das Instituições de Ensino Privadas que possuem convênio ou que tenham interesse em celebrar convênio com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com a intervenção da FEPECS, com o objetivo de utilizar as Unidades de Saúde da SES/DF para execução de estágios ou atividades práticas supervisionadas de estudantes regularmente matriculados nos cursos técnicos e de graduação].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=cf731d4b18544ec6b5955e363d386a93

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
278	Ordem de Serviço 9	12/12/2019	Sem Revogação Expressa	SES > SVS - Secretaria de Estado de Saúde > Subsecretaria de Vigilância à Saúde	[Constitui o Comitê de Enfrentamento da Sífilis conforme estabelecido na Portaria nº 1262, de 16 de novembro de 2018 que trata sobre a criação do Comitê para o Enfrentamento da Sífilis no Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=4c16dc562d714d05b2f92ab9ba59b278
279	Ordem de Serviço 351	13/12/2019	Sem Revogação Expressa	SES>SRSC S - Superintendência da Região de Saúde Centro-Sul	[Institui o Grupo Condutor Região de Saúde Centro-Sul da Planificação da Atenção à Saúde no Distrito Federal do Programa "PlanificaSUS - DF"].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=9e8d94726b18424295e2aa6ac1289239
280	Deliberação 31	17/12/2019	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Aprova por consenso, a publicação do Caderno de Informações Técnicas da Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Federal, Volume 3 Identidade Visual].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=fb003361c4d4b77b952eab13b53b22f
281	Ordem de Serviço 10	08/01/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Superintendência da Região de Saúde Leste	[Cria a Comissão da Sala de Situação da região de Saúde Leste].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=6142fda4000b40879b3e5ee80da410a7

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
282	Ordem de Serviço 4	10/01/2020	Tornado(a) sem efeito	SES>SAIS - Secretaria de Estado de Saúde>Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Institui o Grupo Condutor Distrital da Rede de Urgência e Emergência da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, para apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação da implantação, implementação e acompanhamento no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=88bf57ef7964683b29d8efe6c723f67
283	Lei 6497	07/02/2020	Sem Revogação Expressa	CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal	Estabelece diretrizes para criação do Programa Centro de Parto Normal nas 7 regiões de saúde do Distrito Federal (Norte, Central, Leste, Centro-Sul, Sul, Sudoeste e Oeste) para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=6dec10d30bfc42dbbf06da197781e3cf
284	Decreto 40475	28/02/2020	Sem Revogação Expressa	GAG - Gabinete do Governador	Declara situação de emergência no âmbito da saúde pública no Distrito Federal, em razão do risco de pandemia do novo coronavírus.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=5ff3faa30cd24adcabaaef2bbd32592f

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
285	Portaria 132	28/02/2020	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o Centro Especializado em Saúde da Mulher (CESMU) e dispõe sobre critérios de encaminhamento de mulheres ao serviço.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=0c8a59cfc0bc4220a1e311f9c1529f95
286	Instrução Normativa 24	03/03/2020	Revogado	SES > SVS>DVS - Secretaria de Estado de Saúde > Subsecretaria de Vigilância à Saúde>Diretoria de Vigilância Sanitária	Estabelece critérios para normatização e padronização do funcionamento dos estabelecimentos que ofereçam serviço de vacinação humana extramuros e em domicílio no Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=266090644aff40de87d148d47c80f87f

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
287	Ordem de Serviço 134	09/03/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSS O - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Sudoeste	[Institui o Comitê de Monitoramento de Emergências de Saúde Pública da Região de Saúde Sudoeste (CMESP SUDOESTE)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=04948cfb9d7c40ff8b3a6111d147465b
288	Recomendação 1	10/03/2020	Sem Revogação Expressa	SES > CSDF - Conselho de Saúde do Distrito Federal	[Recomenda que a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF promova todas as ações necessárias ao pleno funcionamento da Atenção Primária à Saúde, de forma que se estabeleça o que especifica].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=92b30a110d1de43a18ae68c0b9d6474f5
289	Decreto 40512	13/03/2020	Alterado	GAG - Gabinete do Governador	Cria o Grupo Executivo para o desenvolvimento de ações de prevenção e mitigação ao COVID-19 e à Dengue, adota medidas de contenção e enfretamento de ambas as enfermidades no âmbito do Distrito Federal e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=5cd78a202c904fc5b6bcf9d43c3080bd
290	Portaria 149	17/03/2020	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Delegação de competência para a prática dos atos administrativos especificados].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=c3ad1e448b6a43e989e75d52a8381bb9

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
291	Ordem de Serviço 64	19/03/2020	Sem Revogação Expressa	SES > SRSNO - Secretaria de Estado de Saúde > Superintendência da Região de Saúde Norte	Instituir a criação do Regimento Interno do Grupo de Trabalho Pró Ensino e Pesquisa da Superintendência da Região de Saúde Norte.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=a173255e554543b69192dbe22449ab75
292	Portaria 220	07/04/2020	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Aprova normas para lotação e movimentação provisória dos servidores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal durante período de enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente do novo coronavírus (SARS-COV-2), agente causador da COVID-19].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=02a637c925964b1c8029a691a4e69559
293	Lei 6531	08/04/2020	Sem Revogação Expressa	CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal	Altera a Lei nº 318, de 23 de setembro de 1992, que cria as Gratificações de Incentivo às Ações Básicas de Saúde e de Movimentação para os servidores da Fundação Hospitalar do Distrito Federal e dá outras providências, e a Lei nº 6.133, de 6 de abril de 2018, que estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=ce2e655473934bcbaac6587e27ff963

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
					medidas para seu fortalecimento.	
294	Portaria Conjunta 10	13/04/2020	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde SEE - Secretaria de Estado de Educação	Institui o Grupo de Trabalho Intersetorial - GTI, em caráter permanente, para planejamento, coordenação, avaliação e monitoramento do Programa Saúde na Escola - PSE, no âmbito do Distrito Federal - DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=b9cebdb139854dfb97cae3cdc3f142c5
295	Ordem de Serviço 56	16/04/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Secretaria de Estado de Saúde>Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Institui o Grupo Condutor das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=51f29c3df1da4139883931c48482674d
296	Portaria 263	24/04/2020	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Designa servidores para compor o Comitê Gestor do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, objeto do Convênio Tripartite nº01/2019.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=5b7744b51e71439c9ecf586a7d2d0c53

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
297	Portaria 277	04/05/2020	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o Grupo Condutor Central da Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (GCCODP) no Distrito Federal e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=82317ec4b0ba4bdaac55c308f2273c35
298	Ordem de Serviço 71	05/05/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[República o Grupo Condutor Central da Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, instituído pela Ordem de Serviço nº 07, de 26 de novembro de 2018, com a indicação dos membros titulares e suplentes especificados].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=3439a4ebaa34c3f9608a860edbd1f2
299	Portaria 332	20/05/2020	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui o Comitê de monitoramento à saúde dos servidores e o uso individual de equipamentos de proteção individual - EPI no enfrentamento à Covid-19 no âmbito da SES-DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=e09515926b034346a59f0cae1c5bfa2f
300	Lei 6589	25/05/2020	Alterado	CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da pandemia do Covid-19.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=eb9372ef60af435da85cf3c9c239ff66

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
301	Ordem de Serviço 65	25/05/2020	Alterado	SES > SRSCE - Secretaria de Estado de Saúde > Superintendência da Região de Saúde Central	[Cria a Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital Regional da Asa Norte, baseado nos preceitos do Plano Distrital de Cuidados Paliativos].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=1406997d622146b1a341f3029a4e0995
302	Ordem de Serviço 98	01/06/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Secretaria de Estado de Saúde>Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Institui a Comissão Permanente de Revisão da Carteira de Serviços da APS/DF - CPRCS e aprova o regimento interno].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=275300b4c228446c91ffc19e7ac67a8f
303	Ordem de Serviço 247	23/06/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Superintendência da Região de Saúde Leste	[Institui o Comitê de monitoramento à saúde dos servidores e o uso individual de equipamentos de proteção individual - EPI no enfrentamento à Covid-19 no âmbito desta Região de Saúde Leste].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=29b8baa8e9eb4eb1a39708cf8ce95cfb

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
304	Parecer Referencial 8	30/06/2020	Sem Revogação Expressa	PGDF > PGCONS - Procuradoria -Geral do Consultivo e de Tribunais de Contas	<p>PARECER REFERENCIAL. ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO. LEI COMPLEMENTAR Nº 173, DE 27 DE MAIO DE 2020. PROGRAMA FEDERATIVO DE ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS SARS-CoV-2 (COVID-19). ARTIGOS 8º E 10. VEDAÇÕES À POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAL, RESTRIÇÕES AO REGIME JURÍDICO DE AGENTES PÚBLICOS E OUTRAS MEDIDAS VISANDO À DISCIPLINA FISCAL E CONTENÇÃO DE DESPESAS. EXCEÇÕES QUE SINALIZAM CONTEMPLAR O DESIDERATO DE NÃO ENGESSAR A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA OU COMPROMETER A CONTINUIDADE DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS. EXAME E ELUCIDAÇÃO DE PONTOS DA INOVAÇÃO LEGISLATIVA POTENCIALMENTE CAUSADORES DE DÚVIDAS E CONTROVÉRSIAS JURÍDICAS.</p>	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=26da7cae234349b781a1a846c8aca417

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
305	Ordem de Serviço 125	02/07/2020	Sem Revogação Expressa	SES > SRSNO - Superintendência da Região de Saúde Norte	[Institui o Comitê de monitoramento à saúde dos servidores no enfrentamento ao COVID-19 no âmbito da SRSNO/SES-DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=502eabf58a6840ff9ccd4cd6a537a722
306	Portaria 133	02/07/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Designa o Grupo Condutor Central que revisará a Gestão do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar no Distrito Federal, bem como, a organização da Rede de Atenção à Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=7b1d097a24c4468d95ce9284a9972d4a
307	Ordem de Serviço 919	03/07/2020	Alterado	SES > SRSSU - Superintendência da Região de Saúde Sul	[Institui o Comitê de monitoramento à saúde dos servidores no enfrentamento ao COVID-19 no âmbito da Região Sul].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=8deae35b6bb54083b536299279a473e6
308	Ordem de Serviço 314	06/07/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSC S - Superintendência da Região de Saúde Centro-Sul	[Institui o Comitê de monitoramento à saúde dos servidores no enfrentamento ao COVID-19 no âmbito da SES-DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=8db44242a9644a228637a82b2d12f3b8

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
309	Portaria 493	08/07/2020	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Regulamenta os Programas de Residência Médica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (instituição executora) e da Escola Superior de Ciências da Saúde (instituição formadora) como modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu, destinada a médicos].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=1b40534b36a54963b5536fc721e46288
310	Recomendação 3	14/07/2020	Sem Revogação Expressa	SES > CSDF - Secretaria de Estado de Saúde > Conselho de Saúde do Distrito Federal	[Recomenda que o Secretário de Estado de Saúde do DF adote as medidas especificadas, que ampliem e qualifiquem o acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, reforçando a importância dos trabalhos dos profissionais da Atenção Primária à Saúde e do Complexo Regulador].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=fd2f97ada4594548b7f2edaa97b42196
311	Resolução 529	14/07/2020	Sem Revogação Expressa	SES > CSDF - Secretaria de Estado de Saúde > Conselho de Saúde do Distrito Federal	[Dispõe sobre oposição à liberação total de atividades no DF, anunciado em 02 de julho de 2020, especialmente quanto à retomada das atividades escolares, até que ocorra o real declínio do patamar de casos e óbitos por COVID-19 no Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=1bcdcf92894b4b1eaccceb0cda1d57824

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
312	Portaria 399	17/07/2020	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Regulamenta a execução das atividades práticas curriculares desenvolvidas nas estruturas orgânicas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e entidades vinculadas, por estudantes de cursos técnicos e de graduação da área da saúde de instituições de ensino públicas e privadas conveniadas, sediadas no Distrito Federal e na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=062d1cc8527490e9176142420746124
313	Ordem de Serviço 145	21/07/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Institui o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial (GCDRAPS), para apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação do processo de implantação e implementação da RAPS no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=4a4da0c6351f41ddb099c2d98cd28810
314	Ordem de Serviço 99	21/07/2020	Sem Revogação Expressa	SES > SRSCE - Superintendência da Região de Saúde Central	[Institui o Comitê de monitoramento à Saúde dos servidores no enfrentamento ao COVID-19 no âmbito da SES-DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=330031f634db405eb8cbb97434e9aa0e

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
315	Ordem de Serviço 279	22/07/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Superintendência da Região de Saúde Leste	[Atualiza os membros do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis no âmbito da Região de Saúde Leste].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=699d372f8046453e8c55d9abfc1de08c
316	Ordem de Serviço 383	27/07/2020	Anulado	SES>SRSS O - Superintendência da Região de Saúde Sudoeste	[Institui o Comitê de monitoramento à saúde dos servidores no enfrentamento à COVID-19 no âmbito da Superintendência Regional de Saúde Sudoeste/SES].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=a6defd90243840a0b0308d48910a9c6e
317	Ordem de Serviço 1186	28/07/2020	Tornado(a) sem efeito	SES > SRSOE - Superintendência da Região de Saúde Oeste	[Institui a Sala de Situação da Região de Saúde Oeste da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=9393f3a17578414ba0ca8cf91ab584eb
318	Ordem de Serviço 168	25/08/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Secretaria de Estado de Saúde>Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Publica o Grupo Condutor Distrital da Rede de Urgência e Emergência da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, para apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação da implantação, implementação e acompanhamento no âmbito da Secretaria de	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=63855cc7f27b4f0681c466e217d6d4e0

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
					Saúde do Distrito Federal].	
319	Ordem de Serviço 316	28/08/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Superintendência da Região de Saúde Leste	[Institui o GRUPO CONDUTOR REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL da Superintendência da Região de Saúde Leste/SRSLE/SES-DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=64a213b09a2448be9f5980663be546e8
320	Ordem de Serviço 325	10/09/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Leste	[Atualiza o Comitê de monitoramento à saúde dos servidores e o uso individual de equipamentos de proteção individual- EPI no enfrentamento à Covid-19 no âmbito desta Região de Saúde Leste].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=317d52e67a4e4c5d802a9d768900dd74
321	Ordem de Serviço 182	14/09/2020	Sem Revogação Expressa	SES > SRSNO - Secretaria de Estado de Saúde > Superintendência da Região de Saúde Norte	[Atualiza o Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) - Região Norte (também denominado de Colegiado Regional de Urgência e Emergência)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=6173b1dbad63498e837908dc72736848

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
322	Ordem de Serviço 489	15/09/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSS O - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Sudoeste	[Atualiza o Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) - Região Sudoeste (também denominado de Colegiado Regional de Urgência e Emergência)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=1e6bc9ec5cb4e95a9384855471b4a22
323	Ordem de Serviço 185	17/09/2020	Sem Revogação Expressa	SES > SRSNO - Superintendência da Região de Saúde Norte	[Atualiza o Grupo Condutor da Rede Cegonha da Superintendência da Região de Saúde Norte].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=baef41171d6a4e66a679ba827e425b87
324	Decreto 41240	25/09/2020	Sem Revogação Expressa	GAG - Gabinete do Governador	Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=9ce3b1a82bf447bfb71b815b9c121973

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
325	Ordem de Serviço 183	25/09/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Secretaria de Estado de Saúde>Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Altera a composição e as atribuições do Grupo Condutor Central da Rede Cegonha no Distrito Federal (GCCRC - DF)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=332afd16d4e7463f85ba016d8a6caf16
326	Ordem de Serviço 515	28/09/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSSO - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Sudoeste	[Recompõe o Comitê de monitoramento à saúde dos servidores no enfrentamento à COVID-19 no âmbito da Superintendência Regional de Saúde Sudoeste/SES].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=ff5523eff3f6498fb55d17e274c3837c
327	Ordem de Serviço 1358	29/09/2020	Sem Revogação Expressa	SES > SRSSU - Superintendência da Região de Saúde Sul	[Institui o Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis da Superintendência de Saúde Sul da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=f4f03eed64e584abaa d263ef321319d54

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
328	Resolução 340	07/10/2020	Sem Revogação Expressa	TCDF - Tribunal de Contas do Distrito Federal	Institui o Manual de Auditoria e demais fiscalizações - Parte Geral e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=f23f1302d0514d4c8a58852e03c50433
329	Ordem de Serviço 586	22/10/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSS O - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Sudoeste	[Atualiza o Grupo Condutor da Rede Cegonha da Superintendência da Região de Saúde Sudoeste].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=5e393cd875f4271bc08fb3556d71334
330	Portaria de Consolidação 1	22/10/2020	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Regulamentar as normas sobre a prestação de contas dos contratados e do apoio das áreas técnicas da Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito dos contratos de gestão e de resultados.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=6caad029e1a840ef923b894254189615

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
331	Ordem de Serviço 218	09/11/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Secretaria de Estado de Saúde>Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Instituído o Grupo Condutor de Territorialização e Adscrição de Clientela da Atenção Primária à Saúde - SES/DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=c28c66de7678435782b17ed61a4f8d04
332	Ordem de Serviço 218	09/11/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Secretaria de Estado de Saúde>Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Instituído o Grupo Condutor de Territorialização e Adscrição de Clientela da Atenção Primária à Saúde - SES/DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=c28c66de7678435782b17ed61a4f8d04

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
333	Portaria 886	17/11/2020	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Estabelece os valores referenciais monetários para parâmetros dos cálculos das contrapartidas das Instituições de Ensino Privadas que possuem convênio ou que tenham interesse em celebrar convênio com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com a interveniência da FEPECS, com o objetivo de utilizar as Unidades de Saúde da SES/DF para execução de estágios ou atividades práticas supervisionadas de estudantes regularmente matriculados nos cursos técnicos e de graduação].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=bb165c8a2d5b4efea9d1755750923115
334	Ordem de Serviço 475	18/11/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSC S - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Centro-Sul	[Institui, o âmbito da Secretaria de Estado de Saúde/DF, o Grupo Condutor da Rede Cegonha da Região Centro-Sul].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=73d001c4088c45debb1aa387de8881c1

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
335	Ordem de Serviço 423	24/11/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Leste	[Aprova o Regimento Interno do Comitê Regional de Prevenção e Controle do Óbito Materno, Fetal e Infantil da Região de Saúde Leste].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=4d40c43f6f494f83b842e6c1445ae4c0
336	Ordem de Serviço 437	25/11/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Leste	[Aprova o Regimento Interno da Comissão Gestora da Iniciativa Hospital Amigo da Criança do Hospital da Região Leste].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=a820607bb99b41f08ef57f411e329efb
337	Ordem de Serviço 440	25/11/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Leste	[Aprova o Regimento Interno da Comissão da Sala de Situação da Região de Saúde Leste].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=4fe6b7946bc14f54a3c45535d0690be8

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
338	Ordem de Serviço 441	26/11/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Leste	[Aprova o Regimento Interno do Comitê de Monitoramento da Saúde dos Servidores da Região Leste].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=08ebfde397f74334848ada4b19730b32
339	Ordem de Serviço 447	01/12/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Superintendência da Região de Saúde Leste	[Aprova, na forma do Anexo, o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Região Leste].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=49e4fa6a11ca44a5988ceebf3d451ede
340	Ordem de Serviço 490	03/12/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSC S - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Centro-Sul	[Institui o Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial da Região Centro-sul].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=26b5cb02b8d14cf2aa2840415384a324

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
341	Ordem de Serviço 461	08/12/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Leste	[Atualiza os membros designados para compor a Comissão da Sala de Situação da Região de Saúde Leste (CSL), situada no Hospital da Região Leste, criada mediante Ordem de Serviço nº 10, de 08 de janeiro de 2020, publicada em DODF nº 7, de 10 de janeiro de 2020].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=cc3ac503c5d74e5ea6da3d4aa9d74f96
342	Ordem de Serviço 466	09/12/2020	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Leste	[Atualiza os membros designados para compor o Comitê de Monitoramento à Saúde dos Servidores (CMSS-LE) e o uso individual de Equipamentos de Proteção Individual - EPI no enfrentamento à COVID-19 da Região de Saúde Leste, criado mediante Ordem de Serviço nº 247, de 23 de junho de 2020, publicada em DODF nº 118, de 25 de junho de 2020].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=036b8e15731046e690b3854c43afd059
343	Portaria 961	21/12/2020	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui a Câmara Técnica de Processamento de Produtos para Saúde, de natureza consultiva e propositiva, vinculada à Diretoria de Enfermagem da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=1da514ec3d5443cfbf3f4cde20ebc6c2

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
344	Portaria 962	21/12/2020	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui a Câmara Técnica de Saúde Cardiovascular, o qual tem como finalidade a identificação, planejamento, definição de prioridades e implementação de medidas para manutenção e melhoria da assistência cardiovascular da Rede SES/DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=70d54a7b3e31419fb5b9ed2aebb78157
345	Portaria 965	23/12/2020	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a Gestão de Custos no âmbito da SES DF em Unidades de Saúde da SES-DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=de26ff435850478abb819dd91f6560ea
346	Portaria 968	29/12/2020	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui o Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=3df28afd6a3433e819010d5ff75816d
347	Deliberação 42	30/12/2020	Sem Revogação Expressa	SES > CG - Secretaria de Estado de Saúde > Colegiado de Gestão	[Aprova por consenso, o Plano Integrado para Prevenção, Vigilância e Controle da Sífilis 2021-2024].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=1aafb3801355440ca4adf06898f84798

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
348	Portaria 21	05/01/2021	Revogado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui a Câmara Técnica de Medicina de Família e Comunidade da Diretoria da Estratégia Saúde da Família/COAPS/SAIS/SES].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=84bebf59e1d4dfd81a8f56c054944df
349	Portaria 30	11/01/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui a Comissão de Acompanhamento da Política Nacional de Humanização no âmbito da SES/DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=22f1abf2810b4350b3fbfb9d6bb677d
350	Portaria 33	11/01/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui a Comissão de Acompanhamento da Planificação da Atenção à Saúde no Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=d3275078536649899a457869b542ee1b
351	Portaria 35	11/01/2021	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a criação do Comitê Gestor de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=d1a34803d2b54ee598552e5057e45f86

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
352	Instrução Normativa 26	18/01/2021	Sem Revogação Expressa	SES > SVS>DVS - Secretaria de Estado de Saúde > Subsecretaria de Vigilância à Saúde>Diretoria de Vigilância Sanitária	Estabelece critérios para normatização e padronização do funcionamento dos estabelecimentos que ofereçam serviço de vacinação humana extramuros e em domicílio no Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=5f23486c248e402186674e2f0b0d1d7c
353	Portaria 54	18/01/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, o qual tem como finalidade promover a equidade e igualdade racial nas ações e serviços de saúde para o alcance da consolidação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=894e6584479b4da6b9ef1af17456e83b
354	Portaria 81	27/01/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Revoga a Portaria nº 21, de 05 de janeiro de 2021, que institui a Câmara Técnica de Medicina de Família e Comunidade da Diretoria da Estratégia Saúde da Família/COAPS/SAIS/SES].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=db8a31cbdd8248038fe28aaa6c5815c1

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
355	Decreto 41747	28/01/2021	Sem Revogação Expressa	GAG - Gabinete do Governador	Institui o Programa de Atenção ao Dependente Químico (PADQ) da Subsecretaria de Segurança e Saúde no Trabalho - SUBSAUDE, da Secretaria de Estado de Economia do Distrito Federal, no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal, e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=19a372a3e33045cf9175be559d482306
356	Ordem de Serviço 29	05/02/2021	Sem Revogação Expressa	SES > SRSCE - Secretaria de Estado de Saúde > Superintendência da Região de Saúde Central	[Atualiza o Grupo Condutor da Rede Cegonha da Superintendência da Região de Saúde Central].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=c4979f2452bb4f64b5502187102304de
357	Portaria 100	08/02/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial (GCDRAPS), para apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação do processo de implantação e implementação da RAPS no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=0998c1f0b51b4bf4a400a13efbb40d55

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
358	Ordem de Serviço 35	12/02/2021	Sem Revogação Expressa	SES > SRSCE - Secretaria de Estado de Saúde > Superintendência da Região de Saúde Central	[Institui o Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial da Região de Saúde Central (GCCRAPS Região Central), de natureza consultiva e caráter permanente, para apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação do processo de implantação e implementação da RAPS no âmbito da Região de Saúde Central].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=37b21cb5eff14c60a6b39adcbd699fe6
359	Ordem de Serviço 67	01/03/2021	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Superintendência da Região de Saúde Leste	[Atualiza os membros designados para compor o Comitê de Monitoramento à Saúde dos Servidores (CMSS-LE) e o uso individual de Equipamentos de Proteção Individual - EPI no enfrentamento à COVID-19 da Região de Saúde Leste, criado mediante Ordem de Serviço nº 247, de 23 de junho de 2020, publicada em DODF nº 118, de 25 de junho de 2020].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=39ede3bb4ad145879132ae679922b72d

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
360	Portaria 152	09/03/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui, a Comissão Permanente do e-SUS AB no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (SUS-DF) para o aprimoramento da qualificação das informações em saúde, integração para tomada de decisões técnicas e estabelecimento de fluxo para processamento e publicação dos dados, conforme disposto nas legislações federais vigentes].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=be4312df9d8d4ee38f07dfad2e6ea322
361	Portaria 224	24/03/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o Comitê de Gerenciamento de Riscos em Radiologia Diagnóstica ou Intervencionista do Hospital Regional de Samambaia da Superintendência da Região de Saúde Sudoeste.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=98ba5acfeb9249fe959af94c77712cb9
362	Ordem de Serviço 281	29/03/2021	Sem Revogação Expressa	SES > SRSSU - Secretaria de Estado de Saúde > Superintendência da Região de Saúde Sul	[Atualiza o Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis da Superintendência de Saúde Sul da Secretaria de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=c9623a0f73a34fc988e114c09273fa60

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
363	Recomendação 1	29/03/2021	Sem Revogação Expressa	SODF - Secretaria de Estado de Obras e Infraestrutura do Distrito Federal	[Dispõe sobre a recomendação das diretrizes gerais e estratégias prioritárias para o Saneamento Básico Rural do Distrito Federal que especifica].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=4cf7b1408c1e4088b49ba9fcc00b4644
364	Resolução 542	30/03/2021	Sem Revogação Expressa	SES > CSDF - Secretaria de Estado de Saúde > Conselho de Saúde do Distrito Federal	[Aprova o Plano Distrital de Atenção Oncológica - 2020/2023, condicionado às seguintes ações a serem implementadas pela SES/DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=5d6a53994b1748bab43e27cd601342b9
365	Decreto 41962	31/03/2021	Sem Revogação Expressa	GAG - Gabinete do Governador	Aprova o Plano Distrital de Promoção da Igualdade Racial e Institui o seu Comitê Gestor de Articulação, Monitoramento e Avaliação	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=ba44ed0baf7e4dc6bfde03d553fbc774
366	Portaria 263	06/04/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui e regulamenta o funcionamento das Comissões Regionais de Sistemas e Informação do Câncer (CRSINC) nas Superintendências Regionais de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=cbc17b8939034b87bfbe5429ae03d421

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
367	Portaria 347	19/04/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui o Comitê Permanente de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=1279782a6c7749659f146c9ce197609a
368	Lei 6838	27/04/2021	Sem Revogação Expressa	CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal	Estabelece diretrizes e estratégias de divulgação, orientação e tratamento psicológico e psiquiátrico para atendimento a pessoa acometida de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, pânico e tendências suicidas associados ao isolamento pós-pandemia de Covid-19 e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=20598d697ae349208821d2ab97890a87
369	Ordem de Serviço 116	27/04/2021	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Leste	[Atualiza o Grupo Conductor da Rede Cegonha da Superintendência da Região de Saúde Leste e a Ordem de Serviço nº 353, de 24 de setembro de 2020 (DODF 186, de 30 de setembro de 2020)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=510d78d0f2094251bb4506e057e9b8ec

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
370	Portaria 382	27/04/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a instituição da Comissão Distrital de Aleitamento Materno - CDAM, no âmbito desta Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=0926800a3bb849ab8a6c89f4d3ba8216
371	Decreto 42061	04/05/2021	Sem Revogação Expressa	GAG - Gabinete do Governador	Dispõe sobre a alteração da estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=c342a1e838894a32a740861085870a21
372	Ordem de Serviço 71	06/05/2021	Sem Revogação Expressa	SES>SAIS - Secretaria de Estado de Saúde>Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde	[Fica aprovado o Regimento Interno da Câmara Técnica dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB (CT NASF-AB), da Atenção Primária à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=9f470391aff9441fba8d8985e7de4ad7e

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
373	Ordem de Serviço 154	19/05/2021	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Leste	[Atualiza os membros designados para compor a Comissão da Sala de Situação da Região de Saúde Leste (CSL), situada no Hospital da Região Leste, criada mediante Ordem de Serviço nº 10, de 08 de janeiro de 2020].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=f3051ca56850481a9ca32e0061a8a481
374	Portaria 499	24/05/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui a Câmara Técnica de Ensino e Pesquisa, a qual tem como finalidade assessorar tecnicamente a Superintendência da Região de Saúde Norte].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=5d9e678fe7dc4f5b834801d1d093a2a2
375	Portaria 528	27/05/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui o Grupo Condutor Central da Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=49e0f3d3adf64f028613e89b7bd5df54
376	Decreto 42141	28/05/2021	Sem Revogação Expressa	GAG - Gabinete do Governador	Institui o Programa Acolhe DF para enfrentamento ao uso indevido de drogas no Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=102e150b53024a65b6059fa0a617d60f

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
377	Deliberação 23	01/06/2021	Sem Revogação Expressa	SES > CG - Secretaria de Estado de Saúde > Colegiado de Gestão	[Aprova, por consenso, a atualização dos membros titulares e suplentes da Comissão de Integração de Ensino-Serviço do Distrito Federal - CIES-DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=f6ae83852318473eb2fbd70e659c8b08
378	Portaria 568	14/06/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a criação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COECOVID-19-DF para o enfrentamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus 19 (COVID-19), no âmbito da SES DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=4e0179c94e3c4fa087a102132be183f1
379	Portaria Conjunta 2	14/06/2021	Sem Revogação Expressa	SMDF - Secretaria de Estado da Mulher do Distrito Federal SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o Programa Cuide-se! Que estabelece diretrizes e competências para cooperação mútua em ações com o objetivo de implementar políticas públicas para o fortalecimento da Linha de Cuidado da Saúde da Mulher no Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=9bbb251f41e34f76b9e9816b8bd65514

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
380	Ordem de Serviço Conjunta 1	15/06/2021	Sem Revogação Expressa	SES>GAB > CTINF - Secretaria de Estado de Saúde>GAB INETE > Coordenação Especial de Tecnologia de Informação em SaúdeSES> SUGEP - Secretaria de Estado de Saúde>Subsecretaria de Gestão de PessoasSES > SUPLANS - Secretaria de Estado de Saúde > Subsecretaria de Planejamento em Saúde	Estabelece as rotinas de cadastramento e atualização de dados e informações no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e no Sistema Integrado de Saúde (Sistema Trakcare).	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=13ac4265e589423695455b8c2c3940dc
381	Ordem de Serviço 703	17/06/2021	Sem Revogação Expressa	SES > SRSSU - Secretaria de Estado de Saúde > Superintendência da Região de Saúde Sul	[Institui a Central de Comando de Casos (C3) da Superintendência da Região de Saúde Sul, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=6ba7217d960a4d53816c347f1e733e7a

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
382	Ordem de Serviço 194	21/06/2021	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Leste	[Atualiza os membros do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis no âmbito da Região de Saúde Leste].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=3aaa66d0d075486fb541714fd3694ad4
383	ADI 0703199 8520218 070000	22/06/2021	Julgado Procedente	TJDFT - Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios	Lei Complementar DF 974/20: Adicional de insalubridade em grau máximo. Vício de iniciativa. Competência privativa do chefe do Poder Executivo. Inconstitucionalidade. 1 - Compete privativamente ao Governador do Distrito Federal a iniciativa das leis que disponham sobre criação de cargos, funções ou empregos públicos na administração direta, autárquica e fundacional, ou aumento de sua remuneração e sobre servidores públicos do Distrito Federal, seu regime jurídico, provimento de cargos, estabilidade e aposentadoria (LODF, art. 71, § 1º, I e II). 2 - Lei, de iniciativa parlamentar, vetada pelo Governador do DF, veto derrubado pela Câmara Legislativa, que assegura a percepção de	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=b913ee5c105746739610dfa4da6d18b7

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
					adicional de insalubridade, em grau máximo, aos servidores públicos que especifica, invade iniciativa que é exclusiva do Governador do Distrito Federal. 3 - Assegurar adicional de insalubridade de forma generalizada a categoriais funcionais, em grau máximo, independentemente de perícia nos locais de trabalho e elaboração de laudos técnicos, por lei de iniciativa parlamentar, afronta o princípio da separação dos poderes, interferindo diretamente na atuação do Poder Executivo. 4 - Ação direta de inconstitucionalidade julgada procedente.	
384	Ordem de Serviço 195	22/06/2021	Sem Revogação Expressa	SES>SRSL E - Secretaria de Estado de Saúde>Superintendência da Região de Saúde Leste	[Cria o Grupo Condutor da Planificação na Região de Saúde Leste (GCRPLANLE)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=6fcadda5eecb45fda46ed649c986db08

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
385	Ordem de Serviço 158	25/06/2021	Sem Revogação Expressa	SES > SRSCE - Secretaria de Estado de Saúde > Superintendência da Região de Saúde Central	[Institui o Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis da Superintendência da Região de Saúde Central, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=354e4fa311eb488795e34aabdc4da559
386	Decreto 42249	29/06/2021	Sem Revogação Expressa	GAG - Gabinete do Governador	Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=df34b33936c642c6b807b9a3fa0e72e2
387	Portaria 664	08/07/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Estabelece a esporotricose como doença de notificação compulsória no Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=5dcda8674f0426f814795334b516e19

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
388	Deliberação 33	16/07/2021	Sem Revogação Expressa	SES > CG - Secretaria de Estado de Saúde > Colegiado de Gestão	[Aprova, por unanimidade, a implantação da Qualificação do processo regulatório ambulatorial no Distrito Federal].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=b084b23835b742528b1d1174059b90cb
389	Ordem de Serviço 157	30/07/2021	Sem Revogação Expressa	SES > SRSNO - Secretaria de Estado de Saúde > Superintendência da Região de Saúde Norte	[Designa para compor o Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial da Região de Saúde Norte (GCCRAPS/SRSNO) os membros especificados, indicados pelos pontos de atenção formadores das áreas técnicas].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=e03674c332344d1cb3820c2389e4c0f
390	Lei 6926	02/08/2021	Sem Revogação Expressa	CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal	Institui a política distrital para prevenção, tratamento e apoio às pessoas com doença de Alzheimer e outras demências, aos seus familiares e aos cuidadores e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=2cf054b54de647e48de3a8973fe6f18e

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
391	Portaria 766	03/08/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Fica autorizado o Programa Voluntário Colaborador da Saúde, não remunerado, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde - SES/DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=93ebe1a58be1465c9bd00eafa395795d
392	Portaria 768	04/08/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Altera a Portaria nº 35, de 11 de janeiro de 2021, publicada no DODF Edição Extra nº 04-A, de 18 de janeiro de 2021, página 1, e republicada no DODF nº 36, de 24 de fevereiro de 2021, o ato que instituiu o Comitê Gestor de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES-DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=390982a45643408c92e1e9ed0de9d738
393	Decreto 42375	09/08/2021	Sem Revogação Expressa	GAG - Gabinete do Governador	Institui os princípios e as diretrizes gerais para concepção, implantação e promoção de Política e Programas de Qualidade de Vida no Trabalho para os servidores da Administração direta, autárquica e fundacional do Distrito Federal e dá outras providências.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=b44adb7a49594d8ebc34cf067c839b20
394	Portaria 830	24/08/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Fica autorizado o Programa Voluntário-Colaborador da Saúde, não remunerado, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde - SES/DF].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=355fd9c360844c219e3e34926bac0b66

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
395	Portaria 914	10/09/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Institui a Política de Qualidade de Vida no Trabalho (PQVT) no contexto da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=ca0ee82779fc498fac1dd804a9a272a9
396	Resolução 547	14/09/2021	Sem Revogação Expressa	SES > CSDF - Secretaria de Estado de Saúde > Conselho de Saúde do Distrito Federal	[Aprova a Política Distrital de Alimentação e Nutrição (PDAN 2021).]	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=653c426af7cf4571b2b3cfd7c7a1826
397	Ordem de Serviço 1066	16/09/2021	Sem Revogação Expressa	SES > SRSSU - Secretaria de Estado de Saúde > Superintendência da Região de Saúde Sul	[Altera o Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial da Região de Saúde Sul (GCCRAPS/SRSSU)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=eb797b062809493cab83772d4fd27193

Nº	Norma	Data de Assinatura	Situação	Origem	Ementa	Link
398	Portaria 928	17/09/2021	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Institui o Programa de Incentivo às Residências de Medicina de Família e Comunidade no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=89d2bf7b67fc4c02b69f93578d074660
399	Ordem de Serviço 1408	22/09/2021	Sem Revogação Expressa	SES > SRSOE - Secretaria de Estado de Saúde > Superintendência da Região de Saúde Oeste	[Institui a Equipe de Gerenciamento de Casos (EGC) da Superintendência da Região de Saúde Oeste, subordinada à Superintendência da Região de Saúde Oeste, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=7198a99a5bda43139f115372d8f0717c
400	Portaria 906	24/09/2021	Alterado	SES - Secretaria de Estado de Saúde	[Dispõe sobre as competências, as diretrizes e os critérios para a concessão, realização e pagamento de TPD].	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=a5c3135e4b624ee589f9d939129931a1
401	Portaria 1066	25/10/2021	Sem Revogação Expressa	SES - Secretaria de Estado de Saúde	Dispõe sobre a sistematização da contratualização regionalizada no âmbito da SES-DF.	http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetailsDeNorma.aspx?id_norma=f6d17af7c87c4f87bdd7f341ddb8f8e7

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP FM-UnB

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: aspectos de sua implantação, desenvolvimento e análise do período de 2010 a 2021: alguns aspectos do *“ConverteAPS-DF”*.

Pesquisador: THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46346521.2.0000.5558

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.836.896

Apresentação do Projeto:

A pesquisa se propõe a analisar como ocorreu a implantação/implementação da Nova Política de Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal no período de 2010 a 2021. Será uma pesquisa de abordagem qualitativa, retrospectiva, de caráter descritivo-analítico, realizada através de estudo documental sobre as políticas de APS no Distrito Federal, seguido de entrevistas semiestruturadas com questões em aberto aplicadas a informantes-chave, mediante a técnica da bola de neve (“snow ball”).

Trata-se de emenda ao projeto original com as seguintes alterações:

1. Atualização do TCLE e projeto com o esclarecimento das estratégias de busca e acesso aos respondentes/sujeitos pelo pesquisador, de como será realizado o esclarecimento sobre a pesquisa, como o TCLE será coletado.

2. A coleta de dados será realizada por entrevista semiestruturada, por intermédio de tecnologias da informação como uma plataforma de videoconferência que melhor convier ao respondente como ligação de vídeo no WhatsApp, videoconferência no Zoom, Teams, Google Meet ou Streamyard, em dia e horário agendado conforme a disponibilidade, e na qual será solicitada a gravação apenas da voz para posterior transcrição e análise da entrevista na pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme submissão anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme submissão anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme submissão anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme submissão anterior.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As alterações e emendas apresentadas atenderam plenamente às recomendações feitas no primeiro parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após apreciação na reunião dia 07/07/2021 do colegiado CEP/FM o projeto foi aprovado. OBS: De acordo com a Resolução CNS 466/12, nos inciso II.19 e II.20, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP os relatórios parciais e final do seu projeto de pesquisa. Bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1764_213_E1.pdf	27/05/2021 12:25:21		Aceito
	TCLE_paraCEP_FMeFEPECS.pdf	27/05/2021 12:21:53	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Aceito
Justificativa de Ausência				
Declaração de Pesquisadores	3_termoResponsabilidadeTFC.pdf	22/04/2021 15:25:32	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Aceito
Folha de Rosto	1_FolhaderostoThiagoCastro_22_04_2021.pdf	22/04/2021 15:24:50	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Aceito
Outros	11_Lattes_Iguti_atualizado_abril2021.pdf	20/04/2021 22:19:49	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Aceito
Outros	11_LattesTFC.pdf	20/04/2021 22:19:24	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Aceito
Orçamento	9_Planilha_oramentaria_TFC.pdf	20/04/2021 22:18:38	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Aceito
Declaração	7_Termodeconcord_ProponenteAssinad	20/04/2021	THIAGO	Aceito

de concordância	o.pdf	22:18:06	FIGUEIREDO DE CASTRO	
Outros	6_ResumoEstruturadoTFCparaCEP.pdf	20/04/2021 22:16:39	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCLE.pdf	20/04/2021 22:15:46	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Aceito
Outros	8_Termo_de_Concord_da_CoparticipanteTFC_assinado.pdf	20/04/2021 22:15:33	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	2_Carta_de_Encaminhamento_de_projetos.pdf	20/04/2021 22:14:37	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Aceito
Cronograma	10_cronograma_atualizado.pdf	20/04/2021 22:13:36	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	5_ProjetodePesquisaTFC.docx	20/04/2021 22:13:22	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

BRASILIA, 08 de julho de 2021.

Assinado por: Antônio Carlos Rodrigues da Cunha (Coordenador(a))

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP FEPECS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: aspectos de sua implantação, desenvolvimento e análise do período de 2010 a 2021: alguns aspectos do “CONVERTE APS-DF”

Pesquisador: THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46346521.2.3001.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.069.027

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda.

Transcrevo solicitação do pesquisador:

Encaminhamos para análise e conhecimento do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ FEPECS, a(s) seguinte(s) alteração(ões) no projeto de pesquisa mencionado acima: Citar alteração(ões):

1. Ajustes no TCLE – inclusão de dados do CEP-FEPECS, como telefone e endereço.

Justificar alteração(ões) mencionada(s):

1. Dada a urgência inicial na tramitação da pesquisa, e diante da necessidade identificada de se ajustar o TCLE incluindo informações sobre o CEP-FEPECS, foi submetida uma emenda ao CEP-FM UnB na tentativa de que este CEP pudesse de forma antecipada indicar ao CEP-FEPECS os ajustes necessários Página 2 de 3

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / FEPECS E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com (61) 2017 1145 ramal 6878

Para que fosse possível uma tramitação ética célere, porém tempestiva. Em nada o projeto brochura fora modificado nesta emenda. Apenas o TCLE. O novo parecerista aprovou a modificação e submeteu a emenda ao

CEPFEPECS. Agradeço a disponibilidade do CEP-FEPECS que proativamente apoiou os ajustes necessários no projeto e mesmo no TCLE. A pesquisa segue em desenvolvimento, ainda em fase de finalização do campo e início da análise.

Objetivo da Pesquisa:

Incluir dados do CEP FEPECS no TCLE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa em finalização de fase de coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Corrigir telefone do CEP FEPECS para 20171145, ramal 6878.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1790828.pdf	17/10/2021 09:59:48		Aceito
Outros	Carta_Encaminhamento_Emenda15102 021.pdf	17/10/2021 09:58:54	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_paraCEP_FMeFEPECS.pdf	27/05/2021	THIAGO	Aceito
Assentimento / Justificativa de Ausência	11_Lattes_Iguti_atualizadoabril2021.pdf	12:21:53	FIGUEIREDO DE CASTRO	
Outros		20/04/2021 22:19:49	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Aceito

Outros	11_Lattes_Iguti_atualizadoabril2021.pdf	20/04/2021 22:19:49	CASTRO	Aceito
--------	---	------------------------	--------	--------

Outros	11_LattesTFC.pdf	20/04/2021 22:19:24	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Ac e i t o
Outros	6_ResumoEstruturadoTFCparaCEP.pdf	20/04/2021 22:16:39	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Ac e i t o
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCLE.pdf	20/04/2021 22:15:46	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Ac e i t o
Outros	8_Termo_de_Concord_da_CoparticipanteTFC_assinado.pdf	20/04/2021 22:15:33	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Ac e i t o
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	5_ProjetodePesquisaTFC.docx	20/04/2021 22:13:22	THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	Ac e i t o

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 28 de Outubro de 2021

Assinado por:

Maria Cristina de Paula Scandiuzzi (Coordenador(a))

ANEXO C – Portaria SES nº 77/2017

Legislação Correlata - Portaria 78 de 14/02/2017

Legislação correlata - Portaria 341 de 10/05/2018

Legislação correlata - Portaria 489 de 24/05/2018

legislação correlata - Portaria 202 de 17/04/2017

Legislação correlata - Portaria 496 de 25/05/2018

Legislação correlata - Portaria 341 de 12/04/2018

PORTARIA Nº 77, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017⁵³

Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no exercício das atribuições que lhe conferem o art. 105 da Lei Orgânica do Distrito Federal, o Decreto nº 23.212 de 6 de setembro de 2002, bem como o art. 448 do Regimento Interno da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013; Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências; Considerando o Decreto nº 7.508, da Presidência da República, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; Considerando a Portaria nº 2.488, do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 1.412, do Ministério da Saúde, de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); Considerando a Portaria nº 4.279, do Ministério da Saúde, de 30 de dezembro de 2010, que

⁵³Extraído de GDF²⁵⁷, 2017. Disponível em:
http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses_prt_77_2017.html

estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a Portaria nº 971, do Ministério da Saúde, de 03 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a Portaria nº 687, do Ministério da Saúde, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde; Considerando a Lei nº 4.990, de 12 de dezembro de 2012, do Distrito Federal que regula o acesso a informações no Distrito Federal previsto no art. 5º, XXXIII, no art. 37, § 3º, II, e no art. 216, § 2º, da Constituição Federal e nos termos do art. 45, da Lei federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, e dá outras providências; Considerando a Portaria nº 1.378, do Ministério da Saúde, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

Considerando a Portaria nº 344, do Ministério da Saúde, de 12 de maio de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial; Considerando a Portaria nº 1.082, do Ministério da Saúde, de 23 de maio de 2014, que redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade;

Considerando a Portaria Interministerial nº 1.777, do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, de 9 de setembro de 2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; Considerando a Portaria nº 2.866, do Ministério da Saúde, de 2 de dezembro de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta;

Considerando a Portaria nº 825, do Ministério da Saúde, de 25 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas; Considerando a Portaria nº 3.124, do Ministério da Saúde, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de

Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências; Considerando a Portaria nº 703, do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011, retificada no Diário Oficial da União de 22 de dezembro de 2011 e republicada no DOU de 15 de dezembro de 2012, que estabelece normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF); Considerando a Portaria nº 1.600, do Ministério da Saúde, de 7 de julho de 2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a Portaria nº 2.684, de 8 de novembro de 2013, que redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde; Considerando a Portaria nº 250, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, de 17 de dezembro de 2014, que dispõe sobre normas técnicas e administrativas, relacionadas à prescrição e fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde da Assistência Farmacêutica Básica, no âmbito da SES-DF; Considerando o aprovado pela 15ª Conferência Nacional de Saúde; Considerando a Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal nº 465/2016 homologada em 04 de outubro de 2016 e publicada no DODF de 24/10/2016, p.8.; Considerando a necessidade de redefinir normas e diretrizes visando maior homogeneidade na organização e estruturação da Atenção Primária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, resolve:

Capítulo I

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 1º A Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, fundamentada na Estratégia Saúde da Família (ESF), passa a ser regida por esta Portaria.

Art. 2º A Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada atenção básica à saúde, é o conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância à saúde, desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias realizadas em equipe e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade.

§ 1º A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada e de contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e tem como funções principais a resolução da maioria dos problemas de saúde da população, a organização dos fluxos e contrafluxos entre os diversos pontos de atenção à saúde e a responsabilização pela saúde dos usuários em quaisquer dos pontos de atenção em que se encontrem.

§ 2º A Atenção Primária à Saúde deve ser oferecida a todas as pessoas de acordo com suas necessidades, proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual ou funcional, com estratégias que permitam minimizar desigualdades e evitar exclusão social de grupos que sofram estigmatização ou discriminação.

Art. 3º São princípios da Atenção Primária à Saúde:

I - Acesso: os serviços da Atenção Primária devem ser estruturados física e organizacionalmente para serem conhecidos da população e percebidos pelos usuários como facilmente disponíveis para todos que deles necessitem, de forma a estimular sua utilização como primeiro e principal contato com o sistema de saúde;

II - Longitudinalidade: a Atenção Primária deve continuamente acompanhar os ciclos de cuidado ao longo da vida das pessoas e de suas famílias, fortalecendo o vínculo entre a população e sua equipe, e exercendo vigilância sobre fatores que possam influenciar as condições de saúde, de forma a reduzir o número de agravos e estabelecer condutas personalizadas no exercício da assistência;

III - Integralidade: os usuários devem receber todos os tipos de atenção no sistema de saúde, a maioria dos quais deve ser ofertado pela própria Atenção Primária, que também é responsável pelo encaminhamento e acompanhamento corresponsável no caso de necessidade de assistência em outros níveis de atenção;

IV - Coordenação do Cuidado: as equipes de Atenção Primária são responsáveis pelo direcionamento e acompanhamento dos usuários em todos os níveis de atenção à saúde;

V - Centralização na Família: necessidade de conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e de seus problemas, propiciando intervenções personalizadas partindo da compreensão da estrutura familiar;

VI - Orientação Comunitária: a Atenção Primária deve ser direcionada para as relações entre os indivíduos e o ambiente em que se inserem, como determinantes do seu

processo de saúde-doença, que devem ser levadas em consideração na definição de condutas individualizadas em harmonia com a realidade social e de intervenções realizadas na população atendida.

Art. 4º Saúde da Família é a estratégia de orientação do modelo de Atenção Primária à saúde baseada em equipes multiprofissionais de composição mínima pré-estabelecida, que atuam em unidades básicas de saúde e são responsáveis por uma população definida, localizada em uma área geográfica delimitada, proporcionando atenção integral com fortalecimento do vínculo, foco na pessoa e alta resolutividade.

Art. 5º A Estratégia Saúde da Família será realizada com base nas seguintes diretrizes:

I - Acolhimento: ato de receber e escutar as pessoas que procuram as unidades de saúde, como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, devendo ocorrer sempre, em qualquer contato do cidadão com a unidade de saúde, independentemente do motivo da busca pelo serviço;

II - Classificação de Risco: processo de priorização dos atendimentos por meio da avaliação da gravidade de uma situação apresentada, utilizando critérios clínicos e de vulnerabilidade;

III - Resolutividade: as equipes são responsáveis por resolver 85% ou mais das demandas de saúde da população dentro da Atenção Primária, buscando capacitar-se continuamente e buscar instrumentos para exercer as competências indispensáveis para atender sua população de forma integral, em função de seu perfil social e epidemiológico, e direcionando os pacientes a outros níveis de atenção à saúde somente quando estritamente necessário;

IV - Territorialização: metodologia utilizada para definir a abrangência de atuação dos serviços para adequar o modelo assistencial ao perfil populacional, com base no reconhecimento do território, considerando as relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde;

V - Adscrição da clientela: cada equipe deve promover o cadastramento e o acompanhamento da população sob sua responsabilidade, por meio de ações na unidade de saúde, na comunidade ou em visitas domiciliares, utilizando as informações para o planejamento de seu trabalho e para o desencadeamento de ações de outros níveis da gestão;

VI - Garantia de acesso: a organização do trabalho das equipes deve ser feita de modo a garantir aos usuários o atendimento de suas demandas por saúde, inclusive as agudas, do modo e no tempo adequados às suas necessidades, por demanda espontânea ou mediante agendamento, garantido o acolhimento em qualquer hipótese mesmo para a população não adscrita, que deve, no mínimo, ser ouvida, orientada e, se for o caso, direcionada à unidade responsável pelo atendimento;

VII - Ordenação da rede de saúde: as equipes devem conhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, cabendo-lhes ordenar a demanda em relação aos outros pontos de atenção à saúde, organizando os fluxos da atenção ou do cuidado e contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Capítulo II

DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Seção I

Das Equipes

Art. 6º A Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal será organizada nas seguintes modalidades de serviço:

I - Equipe de Saúde da Família (eSF): equipe de saúde responsável por um território determinado de até 4000 pessoas, composta por um Médico de Família e Comunidade (40 horas), um enfermeiro (40 horas), 40 a 80 horas de técnicos de enfermagem (no mínimo um profissional de 40 horas) e até seis agentes comunitários de saúde;

II - Equipe de Saúde Bucal (eSB): equipe de saúde responsável por um território equivalente no máximo ao de duas equipes de saúde da família, composta por um odontólogo (40 horas) e um técnico em saúde bucal (40 horas);

III - Equipe de Saúde da Família Rural (eSF/Rural): equipe de saúde da família responsável pelo atendimento integral à população do campo e da floresta de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta;

IV - Equipe de Consultório na Rua (eCR) - equipe de saúde com composição variável, conforme definição do Ministério da Saúde, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel;

V - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): equipe de saúde multiprofissional com composição variável, conforme definição do Ministério da Saúde, que tem por objetivo apoiar as equipes de saúde da família, aumentando sua resolutividade e abrangência, por meio de matriciamento, discussão de casos clínicos, atendimento compartilhado e construção conjunta de projetos terapêuticos;

VI - Equipes de Saúde de Atenção Domiciliar: modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações prestadas em domicílio, por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e por Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), com composição variável, conforme definição do Ministério da Saúde;

VII - Equipe de Saúde do Sistema Prisional: equipe de saúde que atua em unidade de saúde do sistema prisional do Distrito Federal;

VIII - Equipe do Sistema Socioeducativo: equipe de saúde que atua em unidades socioeducativas de internação, em parceria com a Secretaria de Estado de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude;

IX - Equipe de Saúde dos Centros de Referência de Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS): equipe multiprofissional que atua na promoção das Práticas Integrativas em Saúde (PIS) nos diferentes níveis do sistema de saúde, prioritariamente na Atenção Primária, vinculada aos NASF ou Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência na sua área de abrangência;

X - Equipe do Programa Academia da Saúde: equipe multiprofissional voltada para as atividades de Promoção da Saúde e da Educação Popular em Saúde no SUS, vinculadas ao NASF ou UBS de referência na sua área de abrangência.

Seção II

Das Unidades Básicas de Saúde

Art. 7º Todos os estabelecimentos de saúde da Atenção Primária serão denominados Unidade Básica de Saúde (UBS), assim classificadas:

I - Unidade Básica de Saúde tipo 1 (UBS 1): unidades com uma a três equipes de Saúde da Família;

II - Unidade Básica de Saúde tipo 2 (UBS 2): unidades com mais de três equipes de Saúde da Família;

III - Unidade Básica de Saúde Rural (UBS Rural): unidades localizadas em território classificado pelo Plano de Diretor de Ordenamento Territorial do Distrito Federal

(PDOT) como rural, que desenvolvem atividades de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF);

IV - Unidade Básica de Práticas Integrativas e Promoção da Saúde (UBS PIS): São unidades voltadas para a atenção, ensino, pesquisa e matriciamento em PIS, para as demais equipes da Atenção Primária em saúde e ações de promoção da saúde integradas com outros níveis de atenção, podendo ser referência para uma ou mais regiões de saúde;

V - Unidade Básica de Saúde Escola (UBS ESCOLA): são unidades voltadas para a atenção à saúde, ensino, pesquisa e preceptoria para estudantes de nível técnico, superior, pós-graduação modalidade lato e stricto sensu, aperfeiçoamento de servidores e o desenvolvimento e inovação tecnológica e científica na APS, de acordo com regulamentação específica.

VI - Unidade Básica de Saúde Prisional (UBS Prisional) - São UBS que desenvolvem atividades de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, em parceria com a Secretaria de Estado de Segurança Pública e da Paz Social do Distrito Federal.

Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de ensino em serviço e inovação tecnológica.

Art. 8º As Unidades Básicas de Saúde tipo 2 funcionarão das 7 (sete) às 19 (dezenove) horas, de segunda a sexta-feira, e sábados, de 7 (sete) horas às 12 (doze), exceto nos feriados, e as demais UBS, das 7 (sete) às 17 (dezessete) horas, de segunda a sexta-feira.

§ 1º O horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde Prisional deverá levar em consideração os horários de chegada e saída do transporte disponibilizado pela Secretaria de Estado da Segurança Pública.

§ 2º As UBS poderão ter seu horário de funcionamento ampliado até às 22 (vinte e duas) horas, de acordo com a necessidade do serviço, desde que autorizado, por escrito, pelo Superintendente da Região de Saúde ou cargo equivalente.

§ 3º As UBS poderão funcionar em horários diferentes do previsto nesta Portaria, de acordo com suas especificidades e necessidades da população coberta, mediante autorização prévia e por escrito do Superintendente da Região de Saúde, ratificada pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Seção III

Da Gestão da Atenção Primária

Art. 9º Compete à Coordenação de Atenção Primária (COAPS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES):

I - pactuar, em conjunto com o Colegiado Gestor da Atenção Primária à Saúde, estratégias e diretrizes para a implementação da Política de Atenção Primária no Distrito Federal, respeitadas as normas, diretrizes e princípios desta Portaria e da Política Nacional da Atenção Básica;

II - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como estratégia prioritária de organização da Atenção Primária;

III - apoiar institucionalmente as Regiões de Saúde no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Primária e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

IV - definir estratégias de articulação com as gestões regionais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Primária;

V - consolidar e divulgar os relatórios mensais de indicadores da Atenção Primária, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

VI - participar da regulamentação da referência e da contrarreferência de usuários entre a Atenção Primária e outros níveis de atenção, contribuindo para a formação de Redes de Atenção à Saúde ordenadas pela Atenção Primária;

VII - articular e realizar parcerias com outras Secretarias de Estado do Distrito Federal e de outros Estados e Municípios, bem como com instituições de ensino e pesquisa; e

VIII - elaborar e implementar projetos de educação permanente, com participação da FEPECS e das Subsecretarias responsáveis para formação e atualização profissional em parceria com instituições de ensino e pesquisa.

Art. 10 Compete às Regiões de Saúde, por meio dos respectivos Superintendentes e Diretores de Atenção Primária (DIRAPS) ou seus equivalentes:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações da Atenção Primária, a partir de lógicas centradas no usuário, buscando promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, com base nos princípios do SUS;

II - programar as ações da Atenção Primária a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, de forma resolutiva,

responsável e integrada, com escuta qualificada e humanizada e respostas adequadas em tempo oportuno;

III - organizar o fluxo de usuários, inserindo-os em linhas de cuidado, oferecendo resposta positiva, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população;

IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes da Atenção Primária de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado;

V - cadastrar e atualizar mensalmente o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, com os dados de estabelecimentos de saúde, equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros, conforme em regulamentação específica;

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Primária atue como a principal porta de entrada e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde;

VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social;

VIII - estimular a articulação das ações da gestão e dos profissionais da UBS para promover parcerias com instituições, setores e pessoas com o objetivo de ampliar as ações de promoção e prevenção de agravos à saúde, participando de redes de apoio.

Art. 11. São competências comuns à COAPS e às Regiões de Saúde:

I - planejar e executar a expansão da Estratégia Saúde da Família e a qualificação dos serviços de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal;

II - promover o intercâmbio de experiências entre os serviços de saúde intra e inter-regionais, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Primária à Saúde.

III - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde;

IV - valorizar os profissionais de saúde, estimulando e viabilizando a formação e educação permanente das equipes;

V - estimular a participação popular e o controle social;

VI - estabelecer mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas na APS, de forma ascendente e alinhados com as ações estabelecidas pela Subsecretaria de Planejamento em Saúde (SUPLANS).

Art. 12. Compete à Gerência de Serviços da Atenção Primária à Saúde (GSAP) do território:

I - diligenciar pelo adequado funcionamento da unidade, em conformidade com a política de Atenção Primária estabelecida nesta Portaria;

II - supervisionar a confecção das escalas das equipes, de forma a garantir assistência integral à população durante todo o horário de funcionamento da unidade e em campanhas promovidas pela Secretaria de Estado de Saúde, respeitadas as normas e diretrizes estabelecidas nesta Portaria e nas orientações da respectiva DIRAPS;

III - otimizar o aproveitamento do espaço físico da unidade;

IV - tomar as providências necessárias para garantir o abastecimento de medicamentos, insumos e materiais, bem como a manutenção de estruturas, equipamentos e sistemas necessários ao trabalho das equipes;

V - monitorar os encaminhamentos a outros níveis de atenção realizados em sua unidade e tomar providências para que todas as equipes apresentem níveis de resolutividade superiores a 85%;

VI - exigir informações das equipes para manter atualizados os dados de produtividade e os indicadores previstos nesta Portaria, relativos à unidade e às equipes, consolidados mensalmente, encaminhando os dados à DIRAPS para consolidação de todas as unidades;

VII - apresentar aos servidores da unidade e à comunidade, até trinta dias após o final do semestre, os relatórios de produtividade e os indicadores previstos nos anexos desta Portaria, relativos à sua unidade, de forma global e por equipe;

VIII - tomar as medidas administrativas cabíveis em caso de violações éticas, funcionais ou descumprimento das normas administrativas por servidores sob sua gerência, bem como sobre registrar por escrito acontecimentos relevantes em seu território, dando ciência à DIRAPS;

IX - fornecer à DIRAPS, à Superintendência da Região ou à COAPS quaisquer informações que lhe sejam solicitadas;

X - resolver questões administrativas da unidade, nos limites de sua competência.

Parágrafo único. A participação popular deve ser estimulada pela gestão da Atenção Primária, sendo recomendável que toda Gerência de UBS faça interface com um

Conselho Regional de Saúde ou com estrutura que represente legitimamente a população do território.

Capítulo III

DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Seção I

Da Territorialização

Art. 13. A territorialização deverá ser realizada por todas as Unidades Básicas de Saúde, supervisionada e pactuada com a Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde, com anuência da Superintendência da Região de Saúde.

Parágrafo único. O usuário deverá ser cadastrado na UBS de referência, segundo sua área de residência.

Art. 14. A partir da territorialização da Região de Saúde e da definição do território de responsabilidade por UBS e por equipe, deverá ser realizado o diagnóstico da situação de saúde da população, identificando as fragilidades e potencialidades locais, para o planejamento condizente com as necessidades da população.

§ 1º Entendendo-se que o território é dinâmico e está em permanente transformação, deve-se promover a atualização periódica das informações e diagnóstico de saúde da população.

§ 2º O mapa da área de abrangência deverá estar atualizado, ser do conhecimento de todos os profissionais e estar disponível aos usuários.

Seção II

Do Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde

Art. 15. O planejamento das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada no âmbito da Região, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção Saúde de acordo com a necessidade da população, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

Parágrafo único. O planejamento, o monitoramento e a avaliação deverão ser integrados entre todos os níveis de gestão da SES.

Art. 16. As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco listado na Carteira de Serviços prestados na APS, os indicadores descritos

pela COAPS, bem como os parâmetros estabelecidos pelas superintendências nas Regiões de Saúde.

Art. 17. O monitoramento deverá ser realizado a partir da análise da produção das equipes e dos indicadores, periodicamente, sob responsabilidade do Gerente de Serviços da Atenção Primária, sendo responsabilidade de cada profissional o registro de sua produção.

§ 1º Todas as equipes da Atenção Primária deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores definidos pela COAPS, alimentando o sistema de informação em tempo real, que deve abranger, no mínimo, os seguintes indicadores:

I - Número de pessoas cadastradas no território;

II - Percentual da carteira de serviços da APS aprovada pela SES oferecido pela equipe;

III - Número de vagas para atendimento médico individual e número de vagas para atendimento odontológico individual na unidade, oferecidos na agenda nos últimos 30 dias;

IV - Número de vagas para atendimento de enfermagem individual na unidade oferecidos na agenda nos últimos 30 dias;

V - Número médio de consultas médicas e número médio de consultas odontológicas, realizadas por dia nos últimos 30 dias;

VI - Número médio de consultas de enfermagem realizadas por dia nos últimos 30 dias;

VII - Percentual de consultas médicas e percentual de consultas odontológicas de pacientes atendidos mediante demanda espontânea nos últimos 30 dias;

VIII - Percentual de consultas médicas e percentual de consultas odontológicas para pacientes pertencentes ao próprio território nos últimos 30 dias;

IX - Razão entre encaminhamentos e consultas médicas realizadas nos últimos 30 dias;

X - Razão entre famílias visitadas e famílias cadastradas, nos últimos 30 dias;

XI - Percentual de primeiras consultas de pré-natal realizadas no primeiro trimestre de gestação nos últimos 30 dias;

XII - Percentual de mulheres de 25 a 59 anos com ao menos uma coleta de exame colpocitológico nos últimos dois anos;

XIII - Percentual de mulheres com mais de 50 anos com ao menos uma mamografia realizada nos últimos dois anos;

XIV - Percentual de hipertensos cadastrados que tiveram sua pressão arterial aferida nos últimos seis meses;

XV - Percentual de diabéticos cadastrados que tiveram pelo menos um exame de hemoglobina glicada realizado nos últimos seis meses;

XVI - Percentual de crianças de até cinco anos que tiveram seu cartão de vacinação verificado pelo menos uma vez no último ano;

XVII - Percentual de crianças de até seis meses que tiveram pelo menos uma consulta nos últimos 30 dias;

XVIII - Percentual de crianças de seis meses a um ano que tiveram pelo menos uma consulta nos últimos 3 meses;

XIX - Percentual de crianças de 1 a 2 anos que tiveram pelo menos uma consulta nos últimos seis meses;

XX - Percentual de crianças de 2 a 5 anos que tiveram pelo menos uma consulta no último ano;

XXI - Percentual de absenteísmo de pacientes nas consultas ou procedimentos agendados;

XXII - Percentual de absenteísmo das horas disponíveis da equipe, organizado por categoria profissional.

§ 2º As GSAPs deverão consolidar mensalmente as informações das equipes, avaliar, divulgar e enviar à DIRAPS até o dia 15 do mês subsequente, as informações relativas ao desempenho dos indicadores definidos pela COAPS, que devem abranger, além do consolidado dos previstos no § 1º, no mínimo os seguintes indicadores:

I - Percentual de serviços da Carteira de Serviços da APS aprovada pela SES que são oferecidos na unidade;

II - Número total de pacientes acolhidos no mês;

III - Percentual de pacientes fora de território acolhidos no mês;

IV - Número total de pacientes com risco classificado no mês;

V - Percentual de pacientes fora de território atendidos no mês;

VI - Percentual de consultas médicas realizadas com o próprio médico de família no mês;

VII - Número total de pacientes vacinados no mês;

VIII - Percentual de pacientes fora do território vacinados no mês;

IX - Intervalo médio entre a demanda espontânea por consulta ou procedimento e a data agendada.

Art. 18. A avaliação deve ser um processo sistemático para verificar trajetórias definidas, indicando, se necessário, mudanças de conduta para atingir resultados esperados.

Art. 19. As equipes de APS deverão alimentar e atualizar sistematicamente os sistemas de informação indicados pela SES, com registro das ações realizadas, por meio de preenchimento manual ou digital das informações.

Art. 20. Os dados deverão ser analisados e divulgados pelas equipes regularmente, com o fim de subsidiar o planejamento e a tomada de decisão para novas ações em saúde.

Seção III

Do Acesso

Art. 21. A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada preferencial às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde, sendo responsável pela coordenação do cuidado e pela ordenação da rede em relação aos demais níveis assistenciais.

Art. 22. A Carteira de Serviços da UBS deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização da SES.

Art. 23. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada dos usuários, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas pela SES.

Art. 24. Caberá a cada gestor de serviços da Atenção Primária realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias com o apoio da Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde da Região de Saúde para ampliar acesso, qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua unidade.

Art. 25. As unidades devem organizar o serviço de modo a otimizar os processos de trabalho no intuito de ampliar o acesso do usuário aos serviços prestados, bem como o acesso aos demais níveis de atenção da estrutura da SES.

Art. 26. A GSAP deverá afixar em local visível, próximo à entrada da unidade:

- I - Identificação da unidade e horário de atendimento;
- II - Mapa de abrangência da unidade, com a cobertura de cada equipe;
- III - Identificação do Gerente da GSAP e dos componentes de cada equipe da UBS;
- IV - Carteira de serviços disponíveis na unidade;
- V - Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe;
- VI - Telefone da ouvidoria responsável.

Parágrafo único. Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos. (Parágrafo revogado(a) pelo(a) Portaria 157 de 10/07/2019)

Seção IV

Do Acolhimento e Classificação de Risco

Art. 27. O acolhimento ao usuário deverá ocorrer durante todo o período de funcionamento da UBS, por qualquer trabalhador da unidade.

§ 1º Os profissionais de saúde deverão realizar o acolhimento do usuário, com escuta ampliada e qualificada, que inclui reconhecer riscos e vulnerabilidades buscando facilitar o acesso, realizar ou acionar intervenções necessárias conforme protocolos clínicos vigentes.

§ 2º A equipe deverá definir o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento.

§ 3º Os Agentes Comunitários de Saúde devem promover o vínculo entre as equipes e os usuários, dentro da UBS ou em visita domiciliar, por meio do acolhimento em tempo oportuno, de forma a ampliar a capacidade de trabalho das equipes, considerando os determinantes sociais de saúde e vulnerabilidades presentes no território.

Art. 28. A classificação de risco deverá ser realizada preferencialmente pelo profissional enfermeiro e, na sua ausência, por outro profissional de nível superior, seguindo normas e protocolos vigentes, buscando ambiente reservado para escuta e atendimento.

Parágrafo único. Todos os enfermeiros lotados na APS deverão ter capacitação para classificação de risco, de acordo com os métodos e protocolos adotados pela SES.

Art. 29. Os casos de urgências ou emergências médicas e odontológicas deverão ter seu primeiro atendimento garantido na UBS, independentemente do número de consultas

agendadas e realizadas no período, e caberá à UBS o contato imediato com outro ponto de atenção à saúde a fim de prover atendimento adequado à situação, caso necessário.

§ 1º A definição da conduta deverá seguir as diretrizes clínicas e os protocolos assistenciais da SES e os recomendados pelo Ministério da Saúde, desde que validados pela SES.

§ 2º As informações obtidas no acolhimento, na classificação de risco e em cada atendimento deverão ser registradas em prontuário.

Art. 30. A conclusão do atendimento de usuários que se apresentem à unidade por demanda espontânea, depois do acolhimento e, caso necessário, da classificação de risco, deve ser uma das seguintes:

I - consulta ou procedimento imediato;

II - consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;

III - agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;

IV - procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pacientes crônicos com condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;

V - encaminhamento a outro serviço de saúde, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável;

VI - orientação sobre territorialização e fluxos da rede de saúde, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no Distrito Federal ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

Seção V

Da Organização do Cronograma e da Agenda de Trabalho

Art. 31. A organização do cronograma de trabalho e distribuição de agendas de atendimentos deverão ser feitas pela equipe, com anuência e supervisão da Gerência, considerando o perfil das demandas e necessidades da população na perspectiva da atenção integral, sendo reformuladas e pactuadas sistematicamente.

§ 1º As escalas de trabalho dos profissionais da UBS serão elaboradas de forma que, durante todo o horário de funcionamento da unidade, no mínimo o médico ou o enfermeiro e um profissional de nível médio de cada equipe estejam presentes.

§ 2º As escalas de férias, licenças e outros afastamentos de todos os servidores serão organizadas pela Gerência da UBS, de forma a evitar desassistência à população.

Art. 32. Todos os agendamentos serão feitos com horário marcado, vedado agendamento por turno, devendo haver diariamente alocação de horários para atendimento a demanda espontânea, inclusive casos agudos, e demanda programada, respeitados os protocolos vigentes e de acordo com o perfil epidemiológico e as necessidades da população, sendo recomendado um percentual de 50% dos horários de cada equipe para atendimento à demanda espontânea.

Art. 33. As agendas deverão contemplar atendimentos individuais, coletivos, visitas domiciliares, reunião de equipe e atividades de matriciamento e educação em saúde.

§ 1º As visitas domiciliares devem ser sistematizadas, regulares e registradas conforme mecanismos vigentes, previstas nas ações rotineiras da UBS e da equipe conforme o grau de vulnerabilidade.

§ 2º Deverão ser planejados espaços no cronograma semanal para reuniões de equipe, com duração máxima de duas horas e participação obrigatória de todos os membros da equipe, a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações e do processo de trabalho, casos clínicos e questões administrativas, podendo contar com a participação de gestores ou membros da comunidade em casos específicos.

§ 3º As reuniões de equipe deverão ser registradas em ata, com relato das discussões, decisões e lista de presença dos participantes, que ficará à disposição da Gerência.

Art. 34. Os usuários serão atendidos preferencialmente por sua própria equipe de saúde da família, sem prejuízo do atendimento por outra equipe caso o próximo dia ou horário disponível para atendimento seja incompatível com a necessidade de acompanhamento ou com a classificação de risco do paciente.

Art. 35. O sistema de marcação na UBS deverá ser direcionado às necessidades do usuário, de acordo com os dias e horários de maior procura da população pela unidade, evitando a concentração da oferta de algum serviço em um dia ou horário específico.

§ 1º Na impossibilidade de se realizar a consulta agendada, o usuário deverá ser acolhido e sua consulta remarcada para o próximo horário disponível, de acordo com a situação, exceto em caso de ausência injustificada do usuário, hipótese em que a marcação será feita pelo sistema normal.

§ 2º Os usuários que procurarem a UBS deverão ser acolhidos e, caso necessário, direcionados à classificação de risco para definição da conduta indicada entre as previstas no art. 29.

§ 3º Os profissionais deverão atender as demandas de atendimento imediato em função da classificação de risco, independentemente da quantidade de atendimentos programados ou já realizados.

§ 4º É vedada a suspensão de serviços assistenciais sem a prévia anuência da DIRAPS e a elaboração de um plano alternativo de oferta aos usuários.

Seção VI

Do Fornecimento de Medicamentos e Produtos para Saúde

Art. 36. Os horários de funcionamento das farmácias, bem como as escalas dos profissionais, deverão ser estabelecidos considerando o perfil das demandas e necessidades da população na perspectiva da atenção, devendo ser estáveis e de amplo conhecimento da população atendida.

§ 1º A farmácia poderá fechar para recebimento de remessa de medicamentos e insumos e outras atividades internas inerentes à gestão de estoque, devendo os períodos de fechamento restringir-se ao mínimo necessário.

§ 2º A data e o período do fechamento deverão ser acordados previamente com a GSAP do território e divulgados à população.

Art. 37. A GSAP deverá assegurar-se de que foram feitas tempestivamente as solicitações de medicamentos e produtos para saúde, conforme estabelecido pelas áreas técnicas da gestão central, de acordo com as necessidades do território e de forma a garantir as ações e procedimentos da unidade.

§ 1º O apoio técnico será realizado pelos farmacêuticos responsáveis pelo território e do setor responsável pela logística farmacêutica da Região de Saúde.

§ 2º A UBS que fornece medicamentos e produtos para saúde aos usuários deverá dispor de local seguro e exclusivo para farmácia, de forma a garantir a guarda e o correto armazenamento dos estoques conforme normas estabelecidas pela Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF) da SES.

§ 3º Os medicamentos fornecidos ao usuário deverão constar da relação de medicamentos padronizados no âmbito da Atenção Primária e medicamentos estratégicos da SES, de acordo com os programas implantados.

§ 4º A DIASF, em conjunto com as áreas responsáveis pelos programas estratégicos e as regiões de saúde, deverá designar unidades de referência para o fornecimento de medicamentos estratégicos e medicamentos sujeitos a controle especial, quando for recomendado, de acordo com a legislação vigente.

§ 5º A dispensação com orientação farmacoterapêutica será realizada pelo farmacêutico, observadas as condições necessárias para tal atividade.

Art. 38. A GSAP do território designará servidor, preferencialmente farmacêutico, responsável pelas solicitações de medicamentos e produtos para a saúde e pelo controle dos estoques da farmácia, informando seu nome à DIRAPS e à DIASF.

Parágrafo único. O responsável pela farmácia tem o dever de alimentar e manter atualizado o sistema de estoque de medicamentos, materiais e insumos da SES.

Seção VII

Da Coleta de Exames

Art. 39. Todas as UBS deverão oferecer coleta de exames laboratoriais.

§ 1º O material deverá ser coletado por profissional com capacidade técnica para tal.

§ 2º A relação de exames que serão coletados na UBS será definida e divulgada pela SES, com participação das áreas técnicas responsáveis e da COAPS.

§ 3º O agendamento para coleta e a entrega de resultados de exames deverão estar disponíveis aos usuários durante todo o horário de funcionamento da UBS.

§ 4º O acondicionamento e transporte das amostras coletadas na UBS deverão seguir as orientações emanadas da Vigilância Sanitária.

§ 5º A solicitação dos exames deverá ser registrada pelo profissional assistente no prontuário e deverá ser orientada pelas diretrizes clínicas e protocolos assistenciais recomendados pela SES e pelo Ministério da Saúde.

§ 6º Os resultados serão disponibilizados pelo laboratório em meio eletrônico e poderão ser impressos, conforme a necessidade do usuário ou da unidade.

§ 7º A interpretação dos resultados deverá ser registrada pelo profissional assistente no prontuário do usuário.

Seção VIII

Da Vacinação

Art. 40. A vacinação deverá estar disponível aos usuários durante todo o horário de funcionamento da UBS, devendo ser realizada por profissionais com capacidade técnica, de acordo com as orientações descritas nos protocolos e manuais recomendados pela SES e pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Todas as UBS deverão oferecer vacinação.

§ 2º Caberá à GSAP do território estabelecer dias e horários diferenciados para vacinas de frascos multidoses, com objetivo de otimizar as doses e evitar desperdícios, com a anuência da DIRAPS e da Vigilância Epidemiológica da Região de Saúde.

Art. 41. As UBS deverão solicitar as vacinas e imunobiológicos especiais, bem como outros insumos complementares, de acordo com as necessidades do território, de forma a garantir as ações de vacinação da unidade.

Parágrafo único. O apoio técnico será realizado pela Vigilância Epidemiológica da Região de Saúde e pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) da Subsecretaria de Vigilância à Saúde (SVS).

Art. 42. A vacinação deverá ser realizada em local adequado a garantir a aplicação de vacinas, imunobiológicos e registro de doses aplicadas, conforme normas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunização.

Parágrafo único. Todos os profissionais de enfermagem da UBS têm competência e deverão ter capacitação em imunização, e atuarão na sala de vacina conforme programação estabelecida pela GSAP.

Seção IX

Da Regulação para Especialidades

Art. 43. A regulação deve promover o controle do acesso aos serviços de outros níveis de atenção, considerando a equidade, a integralidade, os recursos assistenciais disponíveis e a melhor alternativa assistencial às necessidades da população.

§ 1º Toda a oferta de primeiras consultas de especialidades focais e exames especializados sob regulação da SES deverá ser colocada à disposição das unidades básicas de saúde, vedada a reserva de vagas para marcação de consultas por outros níveis de atenção, exceto para seguimento de tratamento da condição que justificou o primeiro encaminhamento, respeitados os protocolos e linhas de cuidado adotados pela SES.

§ 2º A COAPS, sem prejuízo da competência das próprias equipes e da Gerência da UBS, deverá realizar o monitoramento e a avaliação dos encaminhamentos às

especialidades e utilizar as informações obtidas para planejamento de ações de educação em saúde e matriciamento, com o objetivo de aumentar a resolutividade da Atenção Primária.

§ 3º O apoio matricial deverá ser realizado de forma horizontal dentro do mesmo nível de atenção ou entre níveis de atenção distintos, a fim de aprimorar o conhecimento técnico, a resolutividade das equipes e a qualificação do cuidado à população.

§ 4º Nos encaminhamentos, os profissionais da Atenção Primária deverão respeitar os protocolos e orientações estabelecidos pela SES.

§ 5º A inserção das solicitações de consultas e exames especializados no sistema de regulação vigente ocorrerá todos os dias, no horário de funcionamento da Unidade.

§ 6º É de responsabilidade das equipes da UBS acompanhar as solicitações de consultas e exames especializados no sistema de regulação vigente, e informar ao usuário assim que for efetivada a marcação.

Seção X

Do Transporte

Art. 44. A GSAP do território deverá avaliar e informar à DIRAPS a necessidade de veículos para execução de ações administrativas, logística, deslocamento de equipes ou profissionais nas áreas de difícil acesso no âmbito do território, entre outras ações da Atenção Primária.

Parágrafo único. A DIRAPS tomará as providências perante os órgãos competentes da SES, para oferta do transporte, em função da efetiva necessidade, prioridade e disponibilidade do recurso.

Art. 45. O chamado do Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para atendimento de pacientes a serem transportados da UBS para unidades de referência na Rede de Saúde deverá ser realizado pela equipe de saúde assistente, em conformidade com as referências e fluxos na Região e na rede de saúde, devendo a equipe oferecer suporte até a chegada da equipe do SAMU.

Seção XI

Da Educação Permanente em Saúde

Art. 46. O cronograma anual de educação permanente e continuada voltada para os profissionais e equipes deverá ser elaborado pelas DIRAPS, em parceria com gerentes de serviços da APS, Núcleo de Educação Permanente da Região de Saúde, Gerência de Educação em Saúde da Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP), COAPS e FEPECS,

considerando também as necessidades epidemiológicas, ambientais e sanitárias identificadas e os principais temas de atuação no território.

§ 1º Os cronogramas devem ser encaminhados para a Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP), COAPS e FEPECS.

§ 2º Os eventos de educação em saúde planejados e ofertados pela SES deverão ser pactuados para inclusão no cronograma regional.

§ 3º A frequência deve ser registrada pelo profissional e atestada pela instituição responsável pelo evento, que encaminhará as informações à DIRAPS e ao Núcleo de Educação Permanente da Região de Saúde (NEPS), cabendo à Gerência da unidade o controle, a compatibilização e o registro do evento no sistema de escalas.

§ 4º A participação dos profissionais nos eventos de educação está condicionada à liberação pela chefia imediata e da DIRAPS, de forma a não prejudicar a assistência.

§ 5º O cronograma de atividades de educação permanente deverá ser disponibilizado aos gestores de serviços do território e profissionais.

Seção XII

Da Vigilância em Saúde

Art. 47. A Vigilância em Saúde é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

§ 1º As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Primária e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- a) vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- b) detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;
- c) vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
- d) vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes;
- e) vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;
- f) vigilância da saúde do trabalhador;

g) outras ações de vigilância.

§ 2º A Atenção Primária e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade.

§ 3º Os profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

Capítulo V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 48. Caberá aos gestores ocupantes de cargos e funções em todos os níveis hierárquicos da SES dar ampla divulgação aos profissionais sobre o conteúdo desta Portaria.

Art. 49. Ficam revogadas a Portaria nº 29 de 26 de fevereiro de 2010, e a Portaria nº 26, de 14 e março de 2011, em seus arts. 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º e 9º.

Art. 50. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, devendo todas as unidades funcionar com base em seus preceitos em até 90 (noventa) dias.

Art. 51. Durante o processo de conversão e adaptação de outros modelos de Atenção Primária adotados no Distrito Federal para os preceitos estabelecidos por esta Portaria, admite-se a constituição de equipes de transição, com composição diversa da prevista no art. 6º, a serem disciplinadas em Portaria própria, que poderão funcionar pelo prazo máximo de um ano, respeitados desde logo os princípios e diretrizes da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família aqui estabelecidos.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

Este texto não substitui o publicado no DODF nº 33, seção 1, 2 e 3 de 15/02/2017

ANEXO D – Portaria SES nº 78/2017

Legislação correlata - Portaria 4 de 05/01/2018

PORTARIA Nº 78, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017⁵⁴

(Prorrogado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

(Prorrogado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no exercício das atribuições que lhe conferem o art. 105, parágrafo único, da Lei Orgânica do Distrito Federal, o Decreto nº 23.212 de 6 de setembro de 2002, bem como o art. 448 do Regimento Interno da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013, considerando a Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal nº 465, de 2016, e a Portaria nº 77, de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, RESOLVE:

Art. 1º As Unidades Básicas de Saúde (UBS) serão convertidas progressivamente para o modelo de Estratégia Saúde da Família, priorizando-se, no processo de conversão, as áreas de maior vulnerabilidade social.

Art. 2º As UBS em processo de conversão serão compostas por equipes de transição, que serão capacitadas e posteriormente divididas em equipes de saúde da família.

Art. 3º Cada equipe de transição será constituída por:

I - três médicos com carga horária de 40h, sendo um pediatra, um ginecologista e um clínico;

II - três enfermeiros com carga horária de 40h;

III - seis técnicos de enfermagem com carga horária de 40h;

IV - agentes comunitários de saúde, conforme disponibilidade na Região.

⁵⁴ Extraído de GDF²⁵⁸, 2017. Disponível em:
http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1b6ab6da56874a4ab2719d2524fdb6c2/ses_prt_78_2017.html

§ 1º Admitem-se excepcionalmente, de forma justificada, equipes de transição com quatro ou cinco médicos e número proporcional de enfermeiros e técnicos de enfermagem, nos casos em que o dimensionamento de pessoal ou o plano de conversão assim recomendem.

§ 2º Admite-se a composição de equipes de transição sem uma das três especialidades médicas, desde que não haja na Atenção Primária do Distrito Federal profissional que possa ser movimentado para completar a equipe de transição nos moldes do inciso I e desde que seja garantida a capacidade de matriciamento na especialidade faltante.

§ 3º Os médicos de outras especialidades lotados na Atenção Primária serão movimentados para unidades de outros níveis de atenção, não necessariamente na mesma Região de Saúde, respeitadas as atribuições de seu cargo e de sua especialidade, o interesse público e a necessidade da população.

Art. 4º Os Superintendentes das Regiões de Saúde apresentarão à Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) da Secretaria de Estado de Saúde (SES) o dimensionamento do pessoal da Atenção Primária, em articulação com a Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP) e o plano de conversão de suas unidades básicas de saúde, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias.

§ 1º Todas as unidades que atualmente adotam o modelo tradicional deverão funcionar exclusivamente com equipes de transição no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, contados da publicação desta Portaria.

§ 2º O processo de trabalho das equipes de transição respeitará, no que couber, os preceitos estabelecidos pela Portaria nº 77, de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

§ 3º O horário de funcionamento das UBS em processo de conversão será de segunda a sexta-feira, das 7h às 18h, ininterruptamente.

§ 4º Todas as equipes de transição serão convertidas em equipes de saúde da família no prazo máximo de um ano, contado da formação da equipe de transição.

Art. 5º Os servidores lotados nas UBS em processo de conversão poderão optar por compor equipes de transição que se tornarão equipes de saúde da família, devendo manifestar formalmente seu interesse à GSAP do território, mediante formulário próprio constante do anexo I, no prazo de 30 (trinta) dias contados da publicação desta Portaria.

§ 1º Os servidores que compuserem equipes de transição ficam dispensados do cumprimento do art. 1º da Portaria nº 231, de 2016.

§ 2º Os servidores que não fizerem a opção prevista no caput no prazo estabelecido serão relotados em unidades de saúde de outros níveis de atenção, não necessariamente na mesma Região de Saúde, em função da necessidade da população e respeitadas as atribuições de seu cargo.

§ 3º Caso o número de servidores que formalizem a opção prevista no caput seja insuficiente para a cobertura de saúde da família de acordo com o plano apresentado pelas Regiões, poderá ser oferecida a servidores de outros níveis de atenção, nos cargos e especialidades em que houver déficit e no limite do número de relocações a serem realizadas com base no § 2º, a opção de remoção para a Atenção Primária a fim de compor equipes de transição, não necessariamente na mesma Região de Saúde, de formar a atingir a cobertura populacional planejada.

Art. 6º Considerando os parâmetros de dimensionamento das equipes, os servidores em excesso na UBS serão movimentados para outras unidades de saúde, a critério da Administração, após ser ouvido o servidor interessado, respeitado o interesse público e a necessidade da população, observada a seguinte ordem de preferência:

- I - para outra UBS da mesma Região de Saúde;
- II - para outra UBS de Região de Saúde distinta;
- III - para unidade de saúde de outro nível de atenção na mesma Região de Saúde;
- IV - para unidade de saúde de outro nível de atenção em Região de Saúde distinta ou em Unidade de Referência Distrital (URD).

Art. 7º Nas movimentações previstas nesta Portaria, será dada prioridade de permanência na Atenção Primária a servidores com titulação em Medicina de Família e Comunidade ou em Saúde da Família, adotando-se, em seguida, o critério de antiguidade na SES.

Art. 8º Durante o processo de conversão, os servidores de nível superior de equipes de transição receberão a capacitação necessária para o desenvolvimento da prática da Estratégia Saúde da Família.

§ 1º A capacitação prevista no caput será obrigatória e envolverá, no mínimo, as seguintes competências, a serem desenvolvidas de forma teórica e prática:

- I - organização e funcionamento da Estratégia Saúde da Família;

II - pré-natal de risco habitual, puerpério e rastreamento de câncer de mama e de colo uterino;

III - crescimento e desenvolvimento de crianças até dois anos;

IV - atendimento a pacientes hipertensos;

V - atendimento a pacientes diabéticos;

VI - atendimento à demanda espontânea em Atenção Primária.

§ 2º Além da inserção em processos formais de capacitação oferecidos pela FEPECS ou pela Gerência de Educação em Saúde da Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP), os profissionais da equipe de transição terão a responsabilidade de matriciar uns aos outros, de forma a aumentar a resolutividade das equipes de saúde da família a serem formadas ao final do processo de conversão.

Art. 9º Todos os enfermeiros das equipes deverão ter, no mínimo, capacitação em vacinação, classificação de risco e coleta de exames, sendo de sua responsabilidade a capacitação em serviço nessas áreas e em outras de competência dos profissionais de nível médio, sem prejuízo de outros cursos oferecidos diretamente pelos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS), a Gerência de Educação em Saúde da SUGEP ou pela FEPECS.

Art. 10. Os gerentes e supervisores administrativos das GSAPs deverão ser capacitados para o cumprimento de todas as normas previstas na Portaria nº 77, de 2017, especialmente no que tange às providências para o bom funcionamento das unidades, à organização do cronograma de trabalho e agendas de atendimento e à produção e divulgação de informações e indicadores de qualidade da Atenção Primária, sem prejuízo da participação na capacitação prevista no art. 8º.

Art. 11. Após a realização da capacitação, os servidores da equipe de transição serão submetidos a avaliação do aproveitamento por critérios estabelecidos pela Gerência de Educação em Saúde da SUGEP ou pela FEPECS.

§ 1º Os médicos, se considerados aptos, deverão solicitar mudança de área para Medicina de Família e Comunidade, assumindo todos os deveres e obrigações previstos para o médico de família e comunidade na regulamentação própria, não sendo reconhecidos como especialistas salvo se cumpridos os requisitos estabelecidos na normatização do Conselho Federal de Medicina. (Parágrafo alterado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

§ 2º Os servidores que não participarem da capacitação, que tiverem aproveitamento insuficiente e os médicos que não solicitarem a mudança de área para Medicina de Família e Comunidade serão movimentados para unidades de outros níveis de atenção, não necessariamente na mesma Região de Saúde, respeitadas as atribuições de seu cargo e de sua especialidade, eventuais restrições laborais, o interesse público e a necessidade da população. (Parágrafo alterado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

§ 3º Os médicos com certificado de conclusão de residência médica ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade registrado no CRM poderão solicitar dispensa da capacitação, hipótese em que serão imediatamente movimentados para outra UBS, a fim de compor equipe de saúde da família.

§ 4º Os enfermeiros com certificado de conclusão de residência ou especialização em saúde da família poderão solicitar dispensa da capacitação, devendo permanecer na equipe de transição até a conversão final em equipe de saúde da família.

Art. 12. Ao final do processo, caberá ao Superintendente da Região e à COAPS remanejar os profissionais considerados aptos, com o objetivo de compor o maior número possível de equipes consistidas de saúde da família.

Art. 13. Após a conversão final das equipes de transição da UBS em equipes de saúde da família, com a implementação de todas as estruturas e competências previstas na Portaria nº 77, de 2017, seus membros serão considerados profissionais de saúde da família para todos os fins legais.

Art. 14. Caberá ao Superintendente da Região de Saúde organizar sua rede de modo a garantir o acesso das famílias não territorializadas residentes em sua Região a serviços oferecidos somente sob demanda programada, tais como pré-natal e puerpério, rastreamento de câncer de mama e de colo de útero, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, marcação de exames e consultas em atenção primária ou em especialidades focais.

Art. 15. Todas as movimentações de servidores previstas nesta Portaria, exceto as realizadas dentro da mesma Região de Saúde, serão encaminhadas à SUGEP, que as realizará como prioridade, considerando a necessidade de otimização da força de trabalho.

Art. 16. Ficam proibidas novas lotações e movimentações de qualquer servidor para unidade básica de saúde, a não ser para a composição de equipes em conformidade com o art. 6º da Portaria nº 77, de 2017, ainda que tenha restrições laborais.

§ 1º Ficam excluídos do disposto no caput lotações e movimentações de farmacêuticos em número suficiente para perfazer 40 (quarenta) horas por GSAP, e técnicos administrativos para a GSAP em número suficiente para perfazer no máximo 40 (quarenta) horas para cada equipe de transição ou para cada três equipes de saúde da família.

§ 2º Em casos de comprovada necessidade do serviço, o Secretário de Estado de Saúde poderá excepcionalizar as regras previstas neste artigo, mediante requerimento justificado do Superintendente da Região.

Art. 17. Ficam proibidas lotações ou movimentações para a Atenção Primária de qualquer médico de especialidade diversa de Medicina de Família e Comunidade, ainda que tenha restrições laborais.

Parágrafo único. O disposto no caput não se aplica às equipes de Atenção Primária previstas nos incisos VI a X do art. 6º da Portaria nº 77, de 2017, respeitadas as competências próprias da especialidade e sua adequação às atividades dessas equipes.

Art. 18. No prazo de 60 (sessenta) dias contados da publicação desta Portaria, os servidores médicos poderão solicitar mudança de especialidade para Medicina de Família e Comunidade, desde que apresentem certificado de conclusão de residência médica ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, registrado no CRM, e cumpram os demais requisitos previstos na regulamentação própria.

Art. 19. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

ANEXO I (alterado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

FORMULÁRIO DE OPÇÃO POR PARTICIPAÇÃO EM EQUIPE DE TRANSIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (alterado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

Eu, (nome do servidor), (matrícula do servidor), ocupante do cargo de (cargo do servidor), na especialidade (especialidade do servidor), admitido na SES em (data da posse), atualmente lotado no (lotação do servidor), venho exercer a opção prevista no art. 5º da Portaria nº 78, por compor equipe de transição na Atenção Primária. (alterado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

Ao assinar o presente termo, declaro que tenho conhecimento do inteiro teor das Portarias nº 77 e 78, de 2017, especialmente de que: (alterado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

I - os membros da equipe de transição têm a obrigação de participar integralmente da capacitação em saúde da família oferecida e atingir nível suficiente de aproveitamento, avaliado mediante instrumento próprio; (Inciso alterado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

II - os médicos considerados aptos após a capacitação deverão solicitar mudança de área para Medicina de Família e Comunidade; (Inciso alterado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

III - todas as equipes de transição serão convertidas, no prazo de um ano, em equipes de saúde da família; (Inciso alterado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

IV - os membros das equipes de transição poderão ser distribuídos por equipes de saúde da família ou unidades distintas, a fim de compor o maior número possível de equipes consistidas; (Inciso alterado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

V - os servidores da Atenção Primária que por qualquer motivo não fizerem parte da Estratégia Saúde da Família, ou de equipes de transição enquanto durar o processo de conversão, serão relatados em outros níveis de atenção, não necessariamente na mesma Região de Saúde, respeitadas as atribuições do cargo e da especialidade, o interesse público e a necessidade da população. (Inciso alterado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

VI - Após a conversão final das equipes de transição em equipes de saúde da família, com a implementação de todas as estruturas e competências previstas na Portaria nº 77, de 2017, seus membros serão considerados profissionais de saúde da família para todos os fins legais. (Inciso alterado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

Brasília, (data). (alterado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

(Assinatura do servidor) (alterado pelo(a) Portaria 123 de 16/03/2017)

Este texto não substitui o publicado no DODF nº 33, seção 1, 2 e 3 de 15/02/2017