

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM  
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE  
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Arthur Lobato Barreto Mello

O MÉDICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Brasília  
2020

Arthur Lobato Barreto Mello

O MÉDICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO  
FEDERAL

Defesa Pública da Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde na área de concentração Saúde e Justiça Social.

Orientador: Prof. Dr. José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana

Brasília  
2020

M527m

Mello, Arthur Lobato Barreto

O médico na atenção primária à saúde do Distrito Federal /  
Arthur Lobato Barreto Mello. - 2020

135f.: 30cm

Orientador: Prof. Dr. José Francisco Nogueira Paranaguá de  
Santana

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) -  
Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF

1. Política Pública. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Saúde –  
Atenção Básica. 4. Estratégias de Saúde. 5. Medicina Familiar.  
I. Mello, Arthur Lobato Barreto. II. FIOCRUZ Brasília. III. Título

CDD: 614.44

Arthur Lobato Barreto Mello

O MÉDICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO  
FEDERAL

Defesa Pública da Dissertação apresentada à  
Escola Fiocruz de Governo como requisito para  
obtenção do título de mestre em Políticas  
Públicas em Saúde na área de concentração  
Saúde e Justiça Social.

Aprovado em 22/10/2020.

BANCA EXAMINADORA



---

Dr. José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana  
Orientador – Fiocruz Brasília

---

Dr. Swedenberger do Nascimento Barbosa – Fiocruz Brasília

---

Dr. Gerson Oliveira Penna – Fiocruz Brasília

---

Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti – Universidade de Brasília

*Dedico este trabalho a todos aqueles que  
lutam por um SUS forte, acessível e resolutivo.*

*“Money alone does not buy better health.  
Good policies that promote equity have a better  
chance.” (Margareth Chan)*

## RESUMO

A evolução da atenção primária à saúde está intimamente ligada ao desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde em diferentes partes do mundo, incluído aí o Sistema Único de Saúde brasileiro. O SUS não apenas contribuiu para o amadurecimento da APS como foi influenciado por ela em seu aprimoramento, ao longo dos seus 30 anos. Trazendo essa realidade para o Distrito Federal, tem-se que a política de atenção primária à saúde passou também por diferentes momentos, com claros impactos no contexto atual. Assim, a presente pesquisa objetivou traçar o perfil do médico inserido na Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal, em 2020. Para tanto, realizou-se pesquisa quantitativa, do tipo observacional, analítico e transversal. O levantamento das informações deu-se por meio de questionário semiestruturado aplicado em 119 médicos da atenção primária entre janeiro e março de 2020. Como resultado, identificou-se que o quadro está representado por profissionais do gênero feminino, entre 30 e 34 anos, com graduação concluída nos últimos dez anos e provenientes do Distrito Federal, e está composto, em sua maioria, por Médicos de Família e Comunidade reconhecidos por meio de residência ou título de sociedade. Uma das recomendações que este estudo traz como contribuição é que a Secretaria de Saúde estimule a qualificação profissional na forma da educação permanente, principalmente no que se refere ao trabalho em equipe multiprofissional e à sua potencial resolutividade na atenção primária. Outra sugestão refere-se à capacitação para melhor uso dos instrumentos disponíveis de interação com a rede de serviços de saúde.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Medicina de Família e Comunidade. Distrito Federal.

## **ABSTRACT**

The evolution of primary health care is closely linked to the development of national health systems in different parts of the world, including the Brazilian Unified Health System. SUS not only contributed to the progress of PHC, but was influenced by it in its improvement process throughout its 30 years. Bringing this reality to the Federal District, primary health care policy has also gone through different moments, with clear impacts in the current context. Thus, the research objective was to outline the profile of the Family Health Strategy physician in the Federal District, in 2020. A quantitative, observational, analytical and cross-sectional research was performed. The survey was carried out through a semi-structured questionnaire applied to 119 primary health care physicians between January and March 2020. It was identified that the medical staff in primary care was represented by female professionals, aged 30-34 years, completed graduation in the last 10 years and from the Federal District, the majority consisting of Family Physicians recognized through residency or medical society title. One of the recommendations that this study brings as a contribution is that the Health Department stimulates the professional qualification in the form of permanent education, mainly in what concerns the multiprofessional team work and its potential resolutiveness in primary care. Another suggestion refers to training for better use of available instruments of interaction with the health services network.

Keywords: Unified Health System. Primary Health Care. Family Health Strategy. Family Medicine. Federal District.



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Percentual de médicos participantes de acordo com o gênero, 2020.....	48
Gráfico 2 Percentual de médicos participantes de acordo com o período de graduação, 2020.....	52
Gráfico 3 Percentual de médicos participantes por macrorregião de graduação e pelo DF, 2020.....	52
Gráfico 4 Percentual de médicos participantes de acordo com a realização de residência médica, 2020.....	53
Gráfico 5 Percentual de médicos participantes por especialidade de residência médica, 2020.....	54
Gráfico 6 Percentual de médicos participantes por UF da residência médica, 2020.....	56
Gráfico 7 Percentual dos médicos participantes que realizaram residência em MFC no DF por ano, 2020.....	57
Gráfico 8 – Percentual dos médicos participantes de acordo com a especialidade do título, 2020.....	58
Gráfico 9 Percentual de médicos participantes de acordo com a realização de residência médica ou obtenção de titulação em MFC, 2020.....	59
Gráfico 10 Percentual de médicos participantes que obtiveram titulação acadêmica por área de conhecimento, 2020.....	61
Gráfico 11 Percentual de médicos participantes por atuação anterior no setor privado, no setor público e na ESF, 2020.....	62
Gráfico 12 Percentual de médicos participantes de acordo com o tempo de experiência na ESF, 2020.....	63
Gráfico 13 Percentual de médicos lotados na SES-DF e percentual de médicos participantes por região de saúde, 2020.....	66

Gráfico 14 Percentual de médicos participantes por período de admissão na ESF da SES-DF, 2020.....	68
Gráfico 15 Percentual de médicos participantes e cobertura de ESF por período de admissão na SES-DF.....	69
Gráfico 16 Percentual de médicos participantes que mudaram de especialidade de atuação na SES-DF, 2020.....	70
Gráfico 17 Percentual de médicos participantes que tiveram capacitação em saúde da família antes ou depois de entrar na SES-DF, 2020.....	71
Gráfico 18 Percentual de médicos participantes de acordo com a percepção da regulação como mecanismo de referência, 2020.....	74
Gráfico 19 Percentual de médicos participantes de acordo com a percepção da contrarreferência, 2020.....	76
Gráfico 20 Percentual de médicos participantes de acordo com o meio mais utilizado para consultar a opinião de especialistas, 2020.....	77
Gráfico 21 Percentual de médicos participantes por tipo de cenário de atuação, 2020.....	79
Gráfico 22 Percentual de médicos pesquisados por realização de estudo de diagnóstico de problemas de saúde e fatores de risco no território e participação na sua elaboração, 2020....	80
Gráfico 23 Percentual de médicos por carga horária semanal (em horas) dedicada para atendimentos ambulatoriais individuais, 2020.....	82
Gráfico 24 Percentual de médicos por carga horária semanal (em horas) dedicada para atendimentos domiciliares, 2020.....	84
Gráfico 25 Percentual de médicos por carga horária semanal (em horas) dedicada para atividades coletivas, 2020.....	86
Gráfico 26 Percentual de médicos por carga horária semanal (em horas) dedicada para a capacitação, 2020.....	87

Gráfico 27 Percentual de participantes de acordo com a percepção sobre a busca por colaboração do médico com a equipe e da equipe com o médico, 2020.....	89
Gráfico 28 Percentual de participantes de acordo com a percepção sobre a colaboração com a equipe por tipo de atividade, 2020.....	91

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 Percentual de médicos participantes por faixa etária em pesquisas no Distrito Federal em 2018 e 2020.....	49
Tabela 2 Percentual de médicos participantes por faixa etária em pesquisas no Distrito Federal em 2005 e 2020.....	50
Tabela 3 Estatísticas descritivas do tempo (em anos) de graduação dos médicos participantes, 2020.....	51
Tabela 4 Percentual de médicos participantes em relação ao tipo de titulação acadêmica obtida, 2020.....	60
Tabela 5 Estatísticas descritivas do tempo (em anos) de experiência prévia na ESF dos médicos participantes de pesquisa em 2005 e 2020.....	64

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 Políticas de APS do DF, no período de 1979 a 2020.....	39
---	----

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 Distribuição das Regiões Administrativas nas sete Regiões de Saúde, 2020.....	65
--	----

## **LISTA DE SIGLAS**

**AMB** Associação Médica Brasileira

**APS** Atenção Primária à Saúde

**Caae** Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

**CEP** Comitê de Ética em Pesquisa

**CNES** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**CNRM** Comissão Nacional de Residência Médica

**CNS** Conselho Nacional de Saúde

**Conep** Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

**CRDF** Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal

**DF** Distrito Federal

**Diesf** Diretoria de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família

**Emad** Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

**Emap** Equipe Multiprofissional de Apoio

**eSF** Equipe Saúde da Família

**ESF** Estratégia Saúde da Família

**Fepecs** Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

**FHDF** Fundação Hospitalar do Distrito Federal

**GDF** Governo do Distrito Federal

**GP** General Practitioner/Family Physician

**HIV** Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Humana

**HUB** Hospital Universitário de Brasília

**ICS** Instituto Candango de Solidarietàade

**Icsab** Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

**IDH** Índice de Desenvolvimento Humano

**Inamps** Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**MFC** Medicina/Médico de Família e Comunidade

**MS** Ministério da Saúde

**Nasf** Núcleos de Apoio à Saúde da Família

**NHS** National Health System

**NOB** Norma Operacional Básica

**ODM** Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

**ODS** Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

**OMS** Organização Mundial da Saúde  
**ONU** Organização das Nações Unidas  
**PAB** Piso da Atenção Básica  
**Pacs** Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
**PFS** Programa Família Saudável  
**Pics** Práticas Integrativas e Complementares em Saúde  
**Pnab** Política Nacional de Atenção Básica  
**PRM-MFC** Programa de Residência em MFC  
**Provab** Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica  
**PSC** Programa Saúde em Casa  
**PSF** Programa Saúde da Família  
**RA** Regiões Administrativas  
**RAS** Rede de Atenção à Saúde  
**Rema** Reformulação do Modelo de Atenção  
**SBMFC** Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade  
**SES-DF** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal  
**SUS** Sistema Único de Saúde  
**TCLE** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
**UBS** Unidade Básica de Saúde  
**UF** Unidade da Federação  
**UnB** Universidade de Brasília  
**UPA** Unidade de Pronto Atendimento  
**URSS** União das Repúblicas Socialistas Soviéticas  
**Wonca** Organização Mundial de Médicos de Família



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO INTERNACIONAL</b> .....	22
<b>3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O SUS</b> .....	27
<b>4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL</b> .....	31
<b>5 JUSTIFICATIVA</b> .....	40
<b>6 OBJETIVOS</b> .....	42
6.1 OBJETIVO GERAL.....	42
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
<b>7 METODOLOGIA</b> .....	43
7.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	43
7.2 ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	43
7.3 APRECIÇÃO ÉTICA.....	45
7.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	46
<b>8 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	47
8.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS.....	47
8.1.1 Perfil Demográfico.....	47
8.1.2 Perfil Profissional.....	50
8.1.3 Características do Médico na Rede da SES-DF.....	64
8.2 INTERAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS.....	72
8.2.1 Regulação.....	73
8.2.2 Contrarreferência.....	75
8.2.3 Segunda Opinião em Saúde.....	76
8.3 CONHECIMENTO SOBRE A POPULAÇÃO E O TERRITÓRIO.....	78

8.4 ATUAÇÃO EM EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	81
8.4.1 Distribuição de Carga Horária Semanal.....	81
8.4.2 Interação com a Equipe Multiprofissional.....	88
<b>9 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA.....</b>	<b>106</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FIOCRUZ BRASÍLIA... .....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FEPECS.....</b>	<b>129</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A política de atenção primária à saúde (APS) no Distrito Federal (DF) tem passado por diferentes momentos no decorrer da sua história (1). Um aspecto que pode ser utilizado para a compreensão de como se desenvolveu a organização dos cuidados primários em saúde nesse território é o papel do profissional médico, que tem apresentado mudanças expressivas no contexto histórico.

A atenção primária à saúde oportuniza a otimização da saúde da população ao fornecer um cuidado com elevado grau de conhecimento, capaz de manejar doenças e promover saúde, além de possibilitar maior equidade no acesso aos serviços de saúde por parte de diferentes subgrupos populacionais (2). Ao reconhecer os focos das desigualdades de acesso à saúde, a atenção primária amplia seu repertório de ações, pois, além de promover um melhor cuidado à população, pode tornar-se responsável pela estruturação da rede de atenção de todo o sistema de saúde.

A atenção médica mundialmente tem passado por um processo de forte especialização, em que o cuidado se torna cada vez mais fragmentado. A análise desse processo é importante, visto sua influência na organização de sistemas de saúde. A organização voltada para a atenção especializada possui maior enfoque nas enfermidades e tecnologias duras que competem com investimentos em cuidados primários, tornando-os mais onerosos para o sistema e mais desiguais para seus usuários. Em contraposição, a atenção primária tem como foco a pessoa, de forma a manejar as doenças dela, além de oportunizar a atuação em torno de ações de prevenção e promoção de saúde que influenciam sua qualidade de vida (2).

O estudo da atenção primária em diferentes contextos torna-se essencial para a garantia de sua plena implementação nos sistemas de saúde, em especial no brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS). A conjuntura de saúde do Distrito Federal, por sua vez, permite

ainda mais aprofundamento nesse tipo de análise, visto algumas particularidades, como o arranjo do SUS local por meio da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), a influência de decisões governamentais recentes na organização da atenção primária e os antecedentes históricos que influenciam o seu atual momento.

A partir dessa observação, o presente estudo tem como objeto analítico a organização da atenção primária à saúde no Distrito Federal por meio da identificação de aspectos demográficos e profissionais do médico na Estratégia Saúde da Família; da exposição da trajetória das políticas de cuidados primários no território; e da correlação desses objetivos com o apontamento de subsídios para seu fortalecimento.

O capítulo dois revisa, sumariamente, as origens e o desenvolvimento da atenção primária em diferentes países, com destaque para o *National Health System* (NHS), sistema de saúde do Reino Unido, que iniciou sua organização com base nos níveis de complexidade da assistência à saúde a partir de 1920, concepção que, por sua vez, tornou-se orientadora para a compreensão de sistemas de saúde baseados no primeiro nível de assistência, a atenção primária à saúde (3). Chega-se então ao mais importante marco de conceituação da atenção primária à saúde, a conferência de Alma-Ata, em 1978, assim como à sua influência no desenvolvimento dos sistemas de saúde nacionais nos anos 80 e 90, até chegar nos dias de hoje com sua reafirmação, ou falta desta, na atual agenda política mundial (4,5).

O capítulo três trata da experiência brasileira, com foco na construção do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição Federal de 1988. No bojo dessa importante edificação para a saúde pública do país, a atenção primária foi priorizada, com as experiências do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) até a atual conjuntura da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O capítulo quatro focaliza os diferentes modelos de APS no território do Distrito Federal, onde é possível observar, desde a década de 60, período utilizado como ponto de

partida para esta apreciação, correspondente à inauguração de Brasília, constantes alterações nas práticas assistenciais relacionadas aos contextos políticos vivenciados à época. É destaque desse capítulo a identificação de momentos distintos de priorização da APS. Como exemplo, enquanto o governo federal cria e implementa um modelo de cuidados primários estruturante inicialmente com o Programa Saúde da Família (PSF), seguido de uma estrutura mais abrangente com a Estratégia Saúde da Família, o DF segue uma agenda paralela, passando por fases de maior ou menor ênfase político-administrativa desses projetos, inclusive utilizando nomenclaturas distintas para identificá-los durante cada um dos mandatos governamentais (1,6).

A justificativa, os objetivos e a metodologia do estudo elaborado são os temas dos capítulos cinco, seis e sete. No capítulo oito, os resultados do questionário são apresentados e discutidos com achados obtidos no DF e em outros contextos, de forma a analisar o perfil desse grupo investigado e fazer correlação com a Estratégia Saúde da Família, sendo essa a política de APS atualmente implementada pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

O desenvolvimento da presente pesquisa foi acompanhado por mudanças na organização dos serviços no SUS em função da pandemia da COVID-19 (SARS-CoV-2). O trabalho desenvolvido na atenção primária à saúde, neste contexto, tem sido fundamental no enfrentamento ao vírus, visto sua cobertura de ações, que envolvem aspectos como a vigilância em saúde, a promoção de hábitos saudáveis e demais formas de prevenção, além da garantia de atendimento para sintomáticos respiratórios dos casos leves aos graves e do monitoramento desses pacientes e seus contactantes dentro do território de atuação.

Ainda que nesse período de pandemia a APS tenha sido peça-chave para a assistência da população, ela continua distante de ser uma política de saúde prioritária.

É indispensável destacar, de antemão, que o enfoque sobre o perfil desse profissional não é suficiente para uma compreensão completa da APS em nenhum contexto,

uma vez que a Estratégia Saúde da Família tem como princípio básico a atuação multiprofissional na atenção à saúde da população. Portanto, a análise específica do papel do médico na atenção primária, nesta pesquisa, não se contrapõe à valorização da equipe multiprofissional da ESF. Ela apenas realça as atribuições desse profissional no desenvolvimento de políticas públicas em saúde, o que deve ser complementado com outros estudos que focalizem os demais intérpretes dessa equipe.

## 2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO INTERNACIONAL

A atenção primária à saúde possui, em sua concepção, atributos que fizeram parte da evolução de sistemas nacionais de saúde em diferentes partes do mundo, conferindo o pilar para a garantia da universalidade da saúde na lógica de acesso integral aos serviços em saúde (4,7,8).

Um marco na história da APS foi o Relatório Dawson, de 1920, elaborado no Reino Unido, que orientou o sistema de saúde britânico na disposição de serviços conforme os níveis de complexidade e seus custos, tendo os centros de saúde primários como referência de acesso e resolução da maioria dos problemas de saúde. A partir dessa estruturação, foram estabelecidos vínculos formais entre esses níveis de complexidade, além de terem sido detalhadas suas funções e particularidades (2,3,9).

Segundo essa conformação, os serviços de atenção primária à saúde eram prestados nos centros de atenção primária pelos *general practitioners*<sup>1</sup> de seus distritos, que deveriam solucionar a maior parte dos problemas de saúde das pessoas. Assim, ficou definida como a porta de entrada do sistema e ordenadora da rede de serviços, contando com o apoio da atenção secundária, composta por especialistas, e dos hospitais de ensino, para casos mais graves e de difícil manejo (3).

A atenção primária à saúde se fortaleceu nas décadas de 60 e 70, a partir de experiências vivenciadas em diferentes países, voltadas para uma perspectiva de saúde mais próxima da população. Somou-se a isso o aumento de programas verticais voltados para o combate de doenças específicas, como malária e tuberculose, propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por outras instituições internacionais, além do próprio interesse

---

<sup>1</sup> O médico generalista (tradução do autor) é o responsável por prestar cuidados de saúde abrangentes a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos e providenciar que outro pessoal de saúde forneça serviços quando necessário (7).

nacional em garantir o desenvolvimento social por meio de serviços considerados essenciais em saúde.

Entre os novos influenciadores desse cenário político e acadêmico, destaque para o Diretor Geral da OMS entre 1973 e 1988, Halfdan T. Mahler, importante ator nos debates sobre a atenção primária entre a alta cúpula da organização. Mahler, na Assembleia Mundial de Saúde de 1976, propôs a meta de “Saúde para todos até o ano 2000”, base para a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida na cidade de Alma-Ata, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), no ano de 1978 (10,11).

A Declaração de Alma-Ata definiu a atenção primária à saúde como:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Tradução feita pelo Ministério da Saúde) (4,12).

Essa definição foi aprovada pela OMS na Assembleia Mundial de Saúde no ano seguinte e aceita pela Organização Mundial dos Médicos de Família (*Wonca – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*), corroborando que a atenção primária à saúde se relaciona à provisão de serviços de saúde integrados por clínicos responsáveis por atender à maioria das necessidades de cuidados pessoais em saúde. Buscou-se, desse modo, valorizar o contexto da família e da comunidade em que as pessoas estão inseridas (7,13).

A conceituação da atenção primária à saúde, assim como sua abordagem prática, promoveu mudanças sociopolíticas no cenário mundial, uma vez que ela orienta respostas mais



eficientes e equitativas para a resolução das necessidades da atenção à saúde (2,8). No Brasil, esse entendimento influenciou a estruturação dos cuidados primários promovidos pelo Sistema Único de Saúde (8,13).

No entanto, apesar de conceitualmente definida, caracterizou-se, na prática, por uma forma simplificada de aplicação da proposta da Alma-Ata de “Saúde para todos até o ano 2000”. Diferentemente do conceituado, observou-se, nos anos seguintes a 1979, um enfoque seletivo desse tipo de atenção, que desconsiderava a determinação social do processo saúde-doença, um dos principais avanços da declaração. Desse modo, reforçou-se a ideia, apoiada pelo Banco Mundial, de considerar os cuidados primários em saúde como uma cesta restrita de serviços básicos direcionada principalmente para as populações mais vulneráveis de países pobres, com destaque para ações pontuais de prevenção, como planejamento reprodutivo, imunização, controle de doenças endêmicas e nutrição (14).

Essa prática foi posteriormente reconhecida como *atenção primária seletiva*, devido à priorização de programas verticais, o que, por sua vez, foi aceito por agências internacionais e usado como base na implementação de sistemas nacionais de saúde no decorrer da década de 80 (5,10). Destaca-se que, no Brasil, essa percepção seletiva levou à adoção do termo “atenção básica”, em vez de “atenção primária”, por parte do Movimento Sanitário Brasileiro, buscando assim uma diferenciação entre os conceitos (15).<sup>2</sup>

A não concretização das propostas da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978 suscita hipóteses que justificam os obstáculos para sua implementação. As crises político-econômicas internacionais; a emergência de novas ameaças, como o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Humana (HIV/AIDS); o aumento da carga global das doenças crônicas; e a própria mudança nas prioridades da agenda internacional em saúde, com os Objetivos de Desenvolvimento do

---

<sup>2</sup> Para o presente trabalho, os termos Atenção Básica e Atenção Primária serão utilizados como sinônimos.

Milênio (ODM) estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, têm sido apontados como dificuldades para a plena efetivação da meta concebida em 1978 (14,16).

O paradigma criado por Alma-Ata foi destaque na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá (1986). Como resultado, tem-se a Carta de Ottawa, que ressaltou os campos de ação para a promoção da saúde, centrando-se na busca por equidade em saúde. Além do mais, listou condições e recursos fundamentais de forma a garantir uma boa saúde para toda a população (17,18).

A Conferência de Ottawa pode ser analisada como uma resposta às expectativas criadas em relação às mudanças que ocorriam na saúde pública em diferentes locais, tendo suas discussões baseadas nos progressos obtidos com a Declaração de Alma-Ata. Além disso, trouxe para o debate as necessidades em saúde que surgiam principalmente nos países industrializados, considerando, porém, os contextos de países em processo inicial de industrialização. De tal modo, também levantou a discussão sobre a implementação de ações intersetoriais que poderiam ser praticadas a partir do setor da saúde (17,18,19).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde permitiu a visualização da afinidade dos conceitos de atenção primária em saúde e promoção da saúde, os quais têm sido reforçados em conferências internacionais desde então (17,18,19).

Segundo Starfield (20), os sistemas de saúde baseados na atenção primária apresentam menores custos de atendimento, maior satisfação do usuário e menor uso de medicações. Ainda assim, a organização dos sistemas de saúde nacionais fundamentados na APS não foi fenômeno unânime entre os países. O modelo com enfoque hospitalocêntrico, voltado prioritariamente para o aspecto curativo das doenças, que exalta a especialização e negligencia o papel do generalista, constituiu importante obstáculo.

Em setembro de 2015, a Assembleia Mundial da ONU adotou 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que substituiriam os ODM na agenda política

internacional como metas para os 15 anos seguintes. Para reforçar sua importância, a saúde é contemplada no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável número três, que incentiva os países na busca por “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, objetivo detalhado em 13 metas direcionadas a processo de implementação (21). No entanto, ainda que as metas e os indicadores estabelecidos para esse ODS reforcem a necessidade de sistemas de saúde fortes, universais e sustentáveis, não há nenhuma menção nesse documento sobre a atenção primária à saúde (22).

Como comemoração pelos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, realizou-se no ano de 2018, em Astana, Cazaquistão, antiga Alma-Ata, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde. A conferência foi proposta com o intuito de reafirmar o compromisso com atenção primária à saúde e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (23).

A Declaração de Astana reafirmou o direito à saúde como compromisso mundial, reconhecendo as iniquidades como inaceitáveis. Além disso, reforçou que os sistemas de saúde devem ser sustentáveis e bem consolidados, ter seus serviços integrados e possuir como base de sua organização e primeiro ponto de contato uma APS eficiente. Destacou-se também a necessidade e o dever dos Estados em promover a saúde, garantindo ambientes em que as populações possam manter e sempre melhorar sua saúde e seu bem-estar (23,24).

Essa declaração enfatiza a prioridade que deve ser dada para o pleno funcionamento da APS e destaca a importância de financiamento apropriado para o desenvolvimento de suas ações, além do apoio aos recursos humanos aí atuantes, ressaltando sua forma multidisciplinar de organização (23,24). Mais, como discutido por Mendes, torna-se indispensável um delineamento operativo da rede de serviços do sistema de saúde capaz de promover uma atenção integrada (25).

### 3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O SUS

A compreensão da atenção primária à saúde na Declaração de Alma-Ata inclui componentes que fazem parte da organização do SUS: a universalidade do acesso aos serviços de saúde; a APS como entrada do sistema de saúde; a correlação entre saúde e desenvolvimento econômico e social; e a participação da comunidade (4,15,26).

O desenvolvimento desses componentes é parte essencial dos 30 anos de história do SUS. A APS foi a base das políticas de saúde implementadas nesse período, porém ainda distante do papel que poderia desempenhar como orientadora da rede de serviços do sistema de saúde brasileiro. Para compreender essa trajetória, torna-se essencial apresentar uma breve apreciação desse processo desde a criação do SUS até o atual momento da saúde pública brasileira.

A Constituição Federal de 1988 inovou com o conceito de direito à saúde para todos a partir da criação do Sistema Único de Saúde, tendo como diretrizes a descentralização, integralidade e participação social (27). Nesse sentido, a partir da década de 90 foram adotadas medidas pelo governo federal para estimular a descentralização de ações e serviços, tornando-se mais visíveis as experiências municipais de organização da atenção. Tais medidas intensificaram o debate sobre o modelo de atenção primária à saúde no SUS e sobre que estratégias deveriam ser adotadas para viabilizar seu funcionamento (28).

No início dos anos 90, foram criadas a Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990) e as Normas Operacionais Básicas (NOBs) como forma de direcionamento do processo de implementação do SUS (26,29,30,31,32). No entanto, surgiram dificuldades, tais como as pontuadas por Viana (33): os aspectos ligados ao financiamento desse novo sistema; a falta de definição dos papéis a serem desempenhados pelas esferas federal, estadual e municipal de governo em relação à saúde; a articulação entre serviços públicos e privados; e a persistência

de um modelo assistencial pouco resolutivo, centrado nas doenças e em ações curativas pontuais.

Desse modo, o processo de implantação do SUS, apesar da adoção de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da atenção primária, ia de encontro com um modelo de alocação de recursos preferencialmente direcionados para a atenção hospitalar. Sendo assim, o financiamento baseado na produção de serviços e na capacidade instalada, proveniente da organização anterior da rede de serviços ambulatoriais e hospitalares, fornecidos pela previdência social por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), passou a se dar por meio de incentivos financeiros exclusivos como efeito de mecanismos de transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município (per capita), o Piso de Atenção Básica (PAB) (34,35,36).

Com a proposta de fortalecimento da APS a partir de práticas bem-sucedidas observadas em diferentes municípios brasileiros, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Esse programa introduziu o Agente Comunitário de Saúde como profissional atuante em práticas de educação e vigilância em saúde; além disso, aproximou a população da equipe de saúde responsável pelo seu cuidado. Como resultado, observou-se um aumento na cobertura assistencial e uma redução da mortalidade materno-infantil em populações de maior vulnerabilidade socioeconômica (37).

Analisado esse contexto de reorientação do modelo assistencial do Brasil e identificadas as bases já efetivadas, como a experiência do Pacs, o Ministério da Saúde (MS) implantou, em 1994, o Programa Saúde da Família, assim descrito (37,38):

O Programa Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se,

assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. (37,38).

O Programa Saúde da Família apresentava ênfase na relação existente entre as equipes de saúde da família (eSF) atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a população adstrita aos seus territórios, de forma a integrar a assistência médica individual com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Sendo assim, o programa obteve cada vez mais centralidade na agenda governamental, tornando-se uma estratégia estruturante da APS nos municípios (34,36,39).

O Programa Saúde da Família pode ser visto como um marco na implementação de uma política pública de saúde forte de atenção primária no Brasil. A influência da Declaração de Alma-Ata tornou-se presente na elaboração desse padrão de assistência em cuidados primários, com ênfase no cuidado da pessoa, reforçando o papel do profissional de saúde generalista. Contudo, há o desafio da sua aplicação em todo o território brasileiro, respeitados os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (4,34).

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), de tal modo que o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde passaram a se integrar à Estratégia Saúde da Família em decorrência do reconhecimento dos programas como base para a estruturação da rede no sistema de saúde (39,40). A partir de então, ocorreram mudanças em relação à percepção da porta de entrada do sistema de saúde. Por exemplo, as unidades básicas passaram a ser vistas como local de primeiro atendimento e houve também um aumento na quantidade e cobertura nessas (41). Outras duas versões da Pnab foram publicadas depois disso, uma em 2011 e outra em 2017 (39).

Destaca-se, nesse processo de expansão, o aumento da integração das ações em saúde, assim como a melhoria na formação de profissionais capacitados em APS e sua organização de processos de trabalho em equipes multiprofissionais (42).

Diferentes estudos realizados no Brasil permitem analisar a potencialidade da APS. Dentre eles, destacam-se pesquisas voltadas para a investigação das interações por condições sensíveis à atenção básica (Icsab), que possuem relação com a efetividade dessa assistência primária, assim como permitem análises sobre o controle dos riscos de exposição dos pacientes a intervenções médicas excessivas ou desnecessárias (39,41). A partir desses dados, assim como da avaliação dos fluxos de referências por meio da regulação de encaminhamentos para demais especialistas, a resolutividade da prática da atenção primária sobre as necessidades de saúde pode chegar a percentuais de 80 a 90% dos atendimentos totais (42).

Apesar de evidências indicarem o impacto da ESF na melhoria da saúde da população, a Estratégia, assim como o SUS, passam por dificuldades em sua priorização política. A Pnab atualizada em 2017, por exemplo, deixa de priorizar a ESF, repercutindo na existência de modelos distintos e mudanças no seu financiamento (43). De tal modo, tem-se a reformulação dos mecanismos de repasse financeiro para o SUS, que até então ocorria pela orientação de blocos de custeio, sendo um deles o de atenção básica. Com o fim desse formato, dá-se maior autonomia para os gestores gerirem seus recursos. Contudo, garante-se menos proteção dos investimentos voltados para a atenção primária. Esses fatores são ainda agravados pela Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que limita os gastos destinados ao SUS por um período de 20 anos, reforçando seu histórico subfinanciamento (15).

## 4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

A organização do sistema de saúde na capital federal historicamente apresenta um enfoque voltado para a atenção especializada e centrada no hospital como referência de acesso aos serviços de saúde. A atenção primária à saúde esteve presente no debate político do Governo do Distrito Federal (GDF) com diferentes momentos de priorização, porém, continuamente, com muitas dificuldades em seu processo de implementação (44). Durante sucessivos governos, anteriores e posteriores à criação do Programa Saúde da Família, houve tentativas de aproximação da política local de APS com as propostas debatidas internacionalmente sobre a Declaração de Alma-Ata e aquelas provenientes do governo federal. No entanto, nenhuma delas estabeleceu um modelo sólido capaz de organizar a rede de serviços a partir dessa atenção. Neste capítulo, serão abordados determinados momentos da história de saúde do Distrito Federal que possuem relevância para a análise da APS no contexto atual.

Quando Brasília foi inaugurada em 1960, o setor saúde no país caracterizava-se pela inovação tecnológica, associada à forte valorização da prática médica especializada. Assim, a assistência à saúde presenciava um contraste entre os enfoques curativo e preventivo, além de diferenças organizacionais dos serviços voltados para a assistência individual e coletiva (1). Uma contribuição importante para organizar os serviços de saúde na capital federal, foi elaborado por Henrique Bandeira de Mello, em 1959, o Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília, também citado como Plano Bandeira de Mello (45). Este Plano previa a estruturação dos serviços de saúde por meio da separação das áreas de ação, de forma a centralizar órgãos normativos, de orientação técnica, e descentralizar os órgãos e serviços executivos. A Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) foi criada em 1960, órgão de administração central responsável pela organização da rede de serviços em todo o território do Distrito Federal, para uma população de cerca de 500 mil habitantes (1,6,46).



O Plano Bandeira de Mello valorizava o acesso universal da população, organizando a rede de forma crescente em relação aos níveis de complexidade do atendimento, de forma regionalizada e hierarquizada, considerando a importância dos postos e centros de saúde nessa estrutura (1,6).

Todavia, a estrutura então implantada começou a se tornar insuficiente para atender o crescimento populacional do Distrito Federal. Ademais, ao final dos anos 70, o plano não havia sido implantado em sua plenitude. E, apesar do estímulo retórico à atenção primária, o enfoque assistencial era baseado na atenção hospitalar, especializada e de baixa cobertura populacional (1,47).

Na década de 70, foi iniciado, na cidade-satélite de Planaltina, o projeto “Um modelo para prestação de serviços a nível periférico com ênfase em Saúde Familiar”. Por meio de acordo entre a Universidade de Brasília (UnB), a Unidade de Saúde e o Centro de Desenvolvimento Social de Planaltina, buscou-se inovar o ensino de disciplinas dos cursos de graduação e residência da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, tendo como direcionamento teórico e metodológico a medicina comunitária (48).

Este projeto contou com financiamento parcial de entidades estrangeiras, como a Fundação Kellogg e a Fundação Interamericana, e nacionais, como o Ministério de Educação e Cultura, além de outros convênios de cooperação técnica. Isso possibilitou que as metas e os objetivos desses convênios fossem reunidos em torno do “Programa Integrado de Saúde Comunitária – Projeto Planaltina”, desenvolvido durante os anos de 1975 a 1978 na cidade-satélite de mesmo nome (6,48).

O Projeto Planaltina destacou-se por três aspectos-chave: a articulação da universidade com os serviços locais, assegurando assim integração docente-assistencial; a participação social, percebida por intermédio de ações coordenadas por agências governamentais junto aos representantes locais e que permitiam medidas sanitárias mais

direcionadas ao perfil do local; e a atuação de um novo agente de saúde proveniente da própria comunidade. Sobressai-se esse terceiro ponto, visto que foi a partir da visão desse agente ou auxiliar de saúde, membro da equipe e parte do território, que se tornou possível fortalecer a participação social mediante ações de educação em saúde e diálogo com a comunidade (47,48).

A experiência do Projeto Planaltina foi levada para o município de Jucás, no interior do Ceará, por dois de seus participantes, Antônio Carlile Holanda Lavor e Miriam Campos Lavor. (49,50).

O programa em Jucás se expandiu em todo o estado do Ceará e influenciou a elaboração conceitual e implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde, aplicado primeiramente na região Nordeste do país, para posterior expansão a nível nacional (47,49).

Inspirado no NHS e com influência do Projeto Planaltina, foi proposto o Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal pelo então secretário de saúde, o médico Jofran Frejat, e por sua equipe técnica, durante o governo do coronel Aymé Lamezon, iniciado em 1979 (51). A compreensão ideológica da APS proveniente de Alma-Ata foi aplicada como estratégia para o aumento da cobertura e do acesso aos serviços de saúde por parte da população, percebendo as unidades de saúde como os locais de prática de cuidados primários tanto em áreas rurais quanto urbanas (1,46).

O Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal, frequentemente citado como Plano Frejat, vigorou entre 1979 e 1984 e destacou-se pela expansão de centros de saúde distribuídos nas diferentes regiões administrativas do DF. Reforçou assim a proposta de desenvolvimento de uma rede progressiva em termos de complexidade e que fosse localizada de maneira estratégica, de forma a auxiliar a compreensão do caminho no avançar dos graus de atenção necessários. O plano também discorre sobre a necessidade de regionalização da

prestação de serviços, princípio que orientou tanto a distribuição dos centros de saúde no território quanto dividiu este em oito administrações regionais de saúde (47,51).

No entanto, diferentemente do modelo adotado no Reino Unido, que contava com os *General Practitioners* como provedores principais desse cuidado, no DF não havia médicos com formação generalista suficientes. Sendo assim, a APS estruturou-se com base em médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia, pediatria e clínica médica, modelo entendido como tradicional (46).

A participação desses especialistas nos centros de saúde caracterizou-se por uma grande resistência aos preceitos do que propunha a APS originalmente e por ter durado um longo período, o que acabou por se tornar um dos principais desafios de implementação de novos modelos assistenciais. Dentre algumas tentativas de organização da APS, destaca-se a Estratégia Saúde da Família, que opôs maior resistência ao modelo tradicional. Ela reforça e regimenta a importância de se contar com um médico de formação generalista, como o especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC), especialidade reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) no ano de 1981 com o nome de Medicina Geral Comunitária (46,52).

O período de 1984 a 1995 pode ser percebido como um momento de menor avanço nos esforços em torno da atenção primária no DF, porém com destaque para o contexto nacional, com a criação do Programa Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, em 1994. (46,47).

Durante o governo de Cristovam Buarque (1995-1998), foi proposta a Reformulação do Modelo de Atenção no Distrito Federal (Rema), mais especificamente em 1996, que consistia em uma agenda técnica e política orientada pela reforma do modelo de atenção e estrutura de organização dos serviços em saúde, o que incluía a adequação da proposta nacional do Programa Saúde da Família (6). Nesse contexto, foi implantado o Programa Saúde

em Casa (PSC), em 1997, pela SES-DF, como uma das estratégias da Rema para melhoria da qualidade do cuidado da população. A família era considerada o foco de atenção, mediante uma delimitação territorial e com atenção ao perfil epidemiológico da comunidade (1,6).

Apesar da nomenclatura diferente da sugerida pelo MS, as propostas do Programa Saúde em Casa, de ampliação de cobertura e estruturação de um novo modelo assistencial, foram mantidas. Houve ênfase, então, em suas particularidades, como o trabalho da equipe multidisciplinar, o enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças, a atenção domiciliar, o foco na família e comunidade e a participação social. Outras particularidades relevantes foram o uso de recursos próprios do GDF, de forma a garantir resultados mais rápidos, além da designação de uma entidade não governamental, o Instituto Candango de Solidariedade (ICS), como responsável, de forma terceirizada, pela estruturação física, organização das equipes de saúde e contratação de seus profissionais (1,47).

No início da gestão de Joaquim Roriz, a partir de 1999, o Programa Saúde em Casa foi extinto. A justificativa dada foi a necessidade de se adotar um projeto mais alinhado à proposta do governo federal, ou seja, de colocar em prática a proposta do Programa Saúde da Família. Sendo assim, foi implantado o PSF (1999 a 2002), seguindo novamente os moldes federais, dessa vez com mesma nomenclatura. O PSF desse período figurou como uma iniciativa de baixa prioridade na política de saúde do DF, com a redução de salários das novas equipes e a demissão de funcionários. Isso desmotivou os profissionais a aderir à proposta, além de ter evidenciado a pouca integração com a rede de serviços e o forte predomínio da assistência hospitalar e especializada (1,47).

O governador Joaquim Roriz foi reeleito em 2002, e, durante seu primeiro ano de novo governo, elaborou-se outro modelo de assistência da atenção primária: o Programa Família Saudável (PFS). Uma das mudanças foi o rompimento da parceria da SES-DF com o Instituto Candango de Solidariedade, após a identificação de irregularidades nos processos de

contratação. Outra mudança teve relação direta com a distribuição da cobertura da APS, considerada desigual. Apesar da taxa elevada desse indicador, percebiam-se menores taxas nas áreas mais vulneráveis do DF quando comparadas às das regiões com população de alta renda (1,47).

No segundo mandato de Joaquim Roriz, de 2003 a 2006, buscou-se o fortalecimento desse novo modelo de APS a partir da identificação de pontos positivos e negativos das tentativas prévias, valorizando as percepções dos planos anteriores sobre a integração dos serviços primários ao restante da rede de assistência e consequente melhoria da qualidade da assistência à população. Com esses objetivos de reformulação, foi realizada parceria com a Fundação Zerbini, que ficou responsável por coordenar a política por meio da contratação de profissionais, da construção de espaços físicos e do gerenciamento de insumos para os serviços de saúde. Destaque para as ações de equiparação salarial entre os trabalhadores desse nível de atenção como forma de valorização profissional (1).

Durante o período de aplicação do PFS, foi formulada a Política Nacional de Atenção Básica, a nível federal, por meio da Portaria nº 648 de 2006, reforçando um contexto nacional de mudança de modelo e ampliação do acesso aos serviços de saúde que buscava fortalecer a expansão da Estratégia Saúde da Família (1,39,40).

Como consequência dessa nova conjuntura, instituiu-se o plano de reorganização da APS no DF, planejado para ser executado de 2007 a 2014, com enfoque na ESF e na consolidação das redes de atenção à saúde. Esse plano tinha como eixos orientadores: o manejo da infraestrutura física, assim como dos insumos em saúde e recursos humanos; os processos de trabalho das equipes de saúde da família, o que incluía as recém-regimentadas equipes de apoio, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf); o monitoramento e a avaliação dos serviços de saúde oferecidos na APS; e o desenvolvimento de estudos e pesquisas na APS do DF. Apesar de transcorrer durante um período em que várias mudanças inesperadas se deram

no governo distrital, entre 2009 e 2010, a reorganização da APS foi incluída no plano distrital deste último ano, mantendo os eixos e objetivos inicialmente propostos (1,53,54).

Tem-se, assim, um longo período de implementação da Estratégia Saúde da Família como modelo de APS, ainda que diferente de sua proposta conceitual devido à coexistência com outro modelo vigente. Existiam eSF compostas por médicos de família e comunidade, não necessariamente especialistas ou com residência, lotados em territórios definidos e com população adstrita nos moldes da Pnab, ao mesmo tempo em que havia equipes tradicionais com especialistas em clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia atuando sem adstrição territorial (46,55).

Dessa forma, a partir de 2015, são percebidas ações de reorganização da APS, objetivando essa configuração mista que vinha sendo mantida desde a década de 90 (46). Em 2016, a cobertura da ESF era de 30,7%, apresentando assistência de baixa resolutividade, condições precárias de trabalho e sem adequada pactuação com os diferentes níveis de atenção. Como consequência, as emergências dos hospitais e das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) foram priorizadas como porta de entrada dos serviços de saúde pela população, em detrimento das UBS (56,57).

Nesse contexto, em 2016, foi proposto o Programa Brasília Saudável, que tinha como componente um conjunto de ações em prol do fortalecimento da APS, como estratégia de organização dos diferentes níveis de assistência do sistema de saúde, integrando de forma eficiente os serviços de Urgências e Emergências, Atenção Ambulatorial Especializada, além de Atenção Hospitalar. Essa proposta buscou o aumento da cobertura da ESF em todo território do DF, tendo como prioridade inicial as áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica (57).

Como parte do componente voltado para a ESF do Brasília Saudável, em 2017 foi instituída uma mudança em prol da consolidação da APS como orientadora da rede de saúde e da Estratégia Saúde da Família como único modelo de assistência. Por meio das portarias nº 77

e nº 78 de fevereiro de 2017, a SES-DF estabeleceu oficialmente a política de APS do DF, assim como regulamentou o processo de transição integral dos demais modelos para o modelo da ESF (57,58,59).

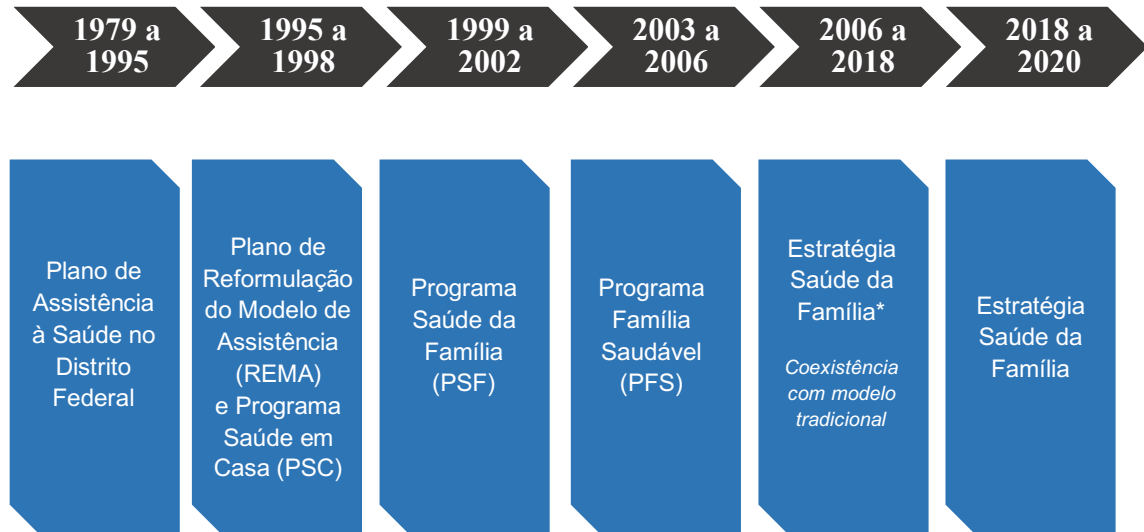
Destaca-se neste momento de reorganização, a formação do Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal Humberto Fonseca, pela primeira vez um Médico de Família e Comunidade e egresso do Programa de Residência Médica da SES-DF.

Seguindo essa percepção de que a presença de vários modelos assistenciais era prejudicial para a APS, o processo proposto na portaria nº 78, o *Converte*, buscou utilizar a força de trabalho que já estava presente na APS do DF e a direcionou para a formação de equipes de saúde da família. Sendo assim, foi oferecida a possibilidade de capacitação em saúde da família aos médicos e enfermeiros já lotados na APS, para que inicialmente compusessem equipes de transição que se apoiariam matricialmente, formadas por um clínico, um ginecologista, um pediatra, três enfermeiros e seis técnicos de enfermagem, e que posteriormente se tornariam três eSFs (55,59,60).

Como parte desse processo, no primeiro semestre de 2018, foi realizado concurso público exigindo a especialização para médicos de família e comunidade e foi criada a carreira de enfermeiros de família. Até o mês de maio de 2020, foram convocados para tomar posse todos os médicos de família e comunidade aprovados no concurso de 2018, além de enfermeiros de família, responsáveis por compor equipes em áreas de maior vulnerabilidade e que se encontravam inconsistentes, ou seja, incompletas, por falta de médico de longa data (60). Essas mudanças promoveram não só o aumento do número de equipes de saúde da família, como estabeleceram a Estratégia Saúde da Família como único modelo de assistência de atenção primária à saúde no Distrito Federal.

A Figura 1 mostra uma linha do tempo das principais políticas relacionadas à organização da atenção primária à saúde no Distrito Federal entre os anos 1979 e 2020.

**Figura 1** – Políticas de APS do DF, no período de 1979 a 2020



Fonte: Adaptado de Gottens (61)



## 5 JUSTIFICATIVA

O Distrito Federal apresenta instabilidade no seguimento de políticas públicas voltadas para a atenção primária à saúde no decorrer de sua história. Essa característica sugere a importância do desenvolvimento de estudos que busquem compreender as particularidades dessas mudanças, assim como desvendar os interesses políticos que influenciam o desenvolvimento dessas políticas. Assim, o presente estudo buscou sistematizar a evolução dessas mudanças nas últimas décadas e que resultaram na atual situação da Estratégia Saúde da Família, com ênfase no papel do médico nesse processo.

Com vistas à caracterização do perfil do médico na Estratégia Saúde da Família, único modelo de atenção primária à saúde atualmente adotado no Distrito Federal, foram levantadas informações sobre o perfil desse profissional na rede de serviços da SES-DF, assim como as especificidades de sua atuação nesse modelo de assistência. Com isso, buscou-se reconhecer como o trabalho do médico na ESF contribui para o fortalecimento da política de atenção primária como prioridade para o SUS no Distrito Federal.

O interesse de investigar a atenção primária justifica-se por três aspectos: o contexto de atuação profissional do autor, atualmente Médico de Família e Comunidade, na atenção primária à saúde do Distrito Federal; a escassez de estudos e a necessidade de novos conhecimentos sobre a atenção primária e a organização desses serviços no Distrito Federal; e por fim, a expectativa de que as análises e recomendações do presente trabalho contribuam para a melhoria da atenção primária pela SES-DF.

A atenção primária à saúde no DF necessita se sistematizar a partir de instrumentos que promovam a adequada organização da rede de atenção à saúde, assim como a estruturação de metodologias duráveis para a qualificação profissional e a constante avaliação de todo seu funcionamento (62).

De tal modo, a partir dos dados levantados na presente pesquisa, a ESF no DF poderá ser analisada em conjunto com outras experiências nacionais, assim como ter suas semelhanças e singularidades debatidas. Além disso, permitirá reconhecer práticas que possam subsidiar a elaboração e o fortalecimento de políticas públicas em saúde com enfoque na APS.

Por fim, entende-se que esta pesquisa tem a potencialidade de ser influenciadora para demais estudos voltados para o desenvolvimento de saberes sobre as políticas públicas em saúde do Distrito Federal.

## **6 OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GERAL**

Caracterizar o perfil do médico inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Distrito Federal, em 2020.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar os aspectos demográficos e profissionais do médico na Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal e sua interação com a rede de serviços.

Sumariar a trajetória das políticas de atenção primária à saúde no Distrito Federal nas últimas décadas.

Correlacionar os resultados com vistas a apontar subsídios para o fortalecimento das políticas atenção primária à saúde no DF.

## 7 METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa quantitativa, do tipo observacional, analítico e transversal. O levantamento das informações sobre o perfil do médico na Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal foi realizado por meio de questionário semiestruturado (Apêndice A) aplicado aos médicos da atenção primária da SES-DF no período de janeiro a março de 2020. Foram utilizadas respostas de 119 médicos de todas as regiões de saúde na rede da SES-DF, coletadas por meio da plataforma digital *Survey Monkey*.

### 7.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa os servidores médicos lotados na assistência em Unidades Básicas de Saúde de todas as regiões de saúde do DF, no cargo de Médico de Família e Comunidade, conforme a organização de carreira profissional estabelecida pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em pleno exercício profissional durante o período de janeiro a março de 2020.

Foram excluídos da pesquisa: os servidores médicos lotados em cargos de gestão, ainda que relacionados à APS nas Unidades Básicas de Saúde ou na administração central da SES/DF; os servidores médicos lotados em outros níveis de atenção à saúde; os servidores médicos afastados de suas funções de assistência em equipes de Saúde da Família.

### 7.2 ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O questionário foi baseado em protocolo de pesquisa aplicado em estudos prévios que analisaram o perfil do médico da atenção primária no Distrito Federal e em outros

municípios no Brasil (47). No entanto, foi adaptado aos objetivos da presente pesquisa, a fim de identificar peculiaridades na atuação do médico nesse contexto.

As perguntas para delineamento desse perfil profissional foram distribuídas em quatro blocos de referência, sendo eles referentes aos aspectos demográficos e profissionais; à interação com a rede de serviços; ao conhecimento sobre a população e o território; e à atuação na equipe Saúde da Família. Foram utilizados dois tipos de perguntas: abertas, com a opção de preenchimento na forma de texto, e fechadas, de múltipla escolha. Entre as questões de múltipla escolha, foi utilizada em dois blocos a *Escala Likert* com duas distribuições: a primeira, aplicada para a análise de frequência de ações executadas pelo médico na equipe de Saúde da Família, usou os termos “Sempre”, “Frequentemente”, “Às vezes”, “Raramente” e “Nunca”. A segunda, utilizada para a identificação da percepção dos médicos sobre ferramentas presentes na rede, adotou os termos “Muito adequado”, “Adequado”, “Parcialmente”, “Pouco adequado” e “Não adequado”.

O questionário elaborado foi então submetido à apreciação ética e posteriormente colocado no *software* em nuvem *Survey Monkey*, ferramenta utilizada para a aplicação de pesquisas on-line com base na coleta de dados de forma fácil e acessível. O questionário on-line contou com 50 perguntas e incluiu o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como obrigatório para o prosseguimento. O tempo estimado de preenchimento foi de 12 minutos. Foram realizados testes de aplicação do questionário com quatro servidores, sendo corrigidas as falhas imediatamente à sua identificação. Após finalização e revisão do questionário on-line, foi feita a divulgação para todos os médicos da APS via aplicativo de mensagens para smartphones.

As respostas coletadas subiam automaticamente para a plataforma on-line, formando uma base de dados em nuvem sigilosa, de acesso apenas do pesquisador responsável.

### 7.3 APRECIÇÃO ÉTICA

Todos os dados foram analisados respeitadas as Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS/MS 466/2012) e as normas de Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais (Resolução CNS/MS 510/2016) do Conselho Nacional de Saúde, após aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Fiocruz Brasília e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs), instituição de ensino ligada à SES-DF.

A submissão para os CEPs foi feita via Plataforma Brasil, base oficial do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), tendo como exigência a concordância da Fiocruz Brasília e da SES-DF em Folha de Rosto. Como comprovantes dessas análises, foram emitidos os Certificados de Apresentação de Avaliação Ética (Caae) sob numeração 19325819.3.0000.8027 e 19325819.3.3001.5553 (Anexos A e B).

A proposta de pesquisa passou pela apreciação de duas instituições de ensino, pois, primeiramente, trata-se de projeto final de mestrado da Fiocruz Brasília, instituição proponente. Em segundo lugar, há normativa da SES-DF que orienta que estudos que envolvam servidores da instituição devam ser avaliados pelo CEP da Fepecs, ainda que esta esteja enquadrada como coparticipante.

A participação do médico na pesquisa era registrada após aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), sendo informado sobre a confidencialidade dos dados e a finalidade acadêmica do estudo.

As respostas foram coletadas pela plataforma *Survey Monkey* de forma anônima e armazenadas em banco de dados de acesso exclusivo do pesquisador. A apresentação dos dados foi feita de forma agregada, mantendo o sigilo nas respostas individuais.

## 7.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos obtidos com o questionário foram consolidados, tabulados e submetidos à análise estatística para a então elaboração dos gráficos e das tabelas.

Para a análise e comparação de algumas variáveis, foram utilizados bancos de dados oficiais, assim como outros estudos referenciados no texto e nas referências. As bases de dados oficiais utilizadas são de gerenciamento do Ministério da Saúde brasileiro, configurando-se assim como de domínio público, sendo: a fornecida pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento (CNES), utilizada para conhecer a quantidade total de médicos lotados na SES-DF e assim avaliar a representatividade estatística da amostra; e a do Portal e-Gestor Atenção Básica, onde foram obtidos os cálculos de cobertura de Estratégia Saúde da Família nos anos de 2006, 2010, 2014 e 2019 para correlação com a variável de período de ingresso do servidor na SES-DF, ponto discutido no capítulo dos resultados.

Após a primeira identificação dos resultados, foram selecionadas variáveis que pudessem ser correlacionadas, a fim de aprofundar a análise e identificar peculiaridades no perfil do médico da ESF no Distrito Federal. Por fim, os resultados foram discutidos com demais referências nacionais e internacionais a fim de atingir os objetivos geral e específicos deste estudo.

## 8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com a participação de 119 participantes, servidores médicos da SES-DF no cargo de Médico de Família e Comunidade, presentes em todas as regionais de saúde do Distrito Federal.

A apresentação dos resultados seguirá a proposta metodológica organizada nos quatro blocos orientadores que categorizaram as variáveis para delineamento desse perfil profissional, sendo eles o de aspectos demográficos e profissionais; o de interação com a rede de serviços; o de conhecimento sobre a população e o território; e o de atuação em equipe Saúde da Família.

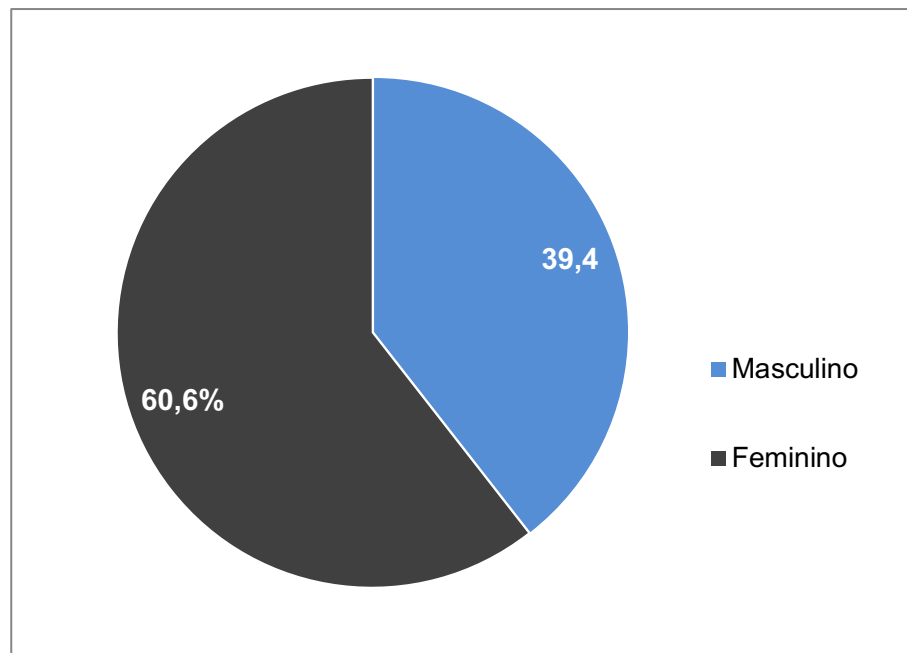
### 8.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

#### 8.1.1 Perfil Demográfico

Neste estudo, foi percebida a predominância da população feminina, com aproximadamente 60,6% do total, achado discordante do padrão nacional e do Distrito Federal em análise de todas as especialidades médicas, nos quais ainda existe predominância da população masculina. No entanto, esse resultado está de acordo com a observação de outros estudos, de que na Medicina de Família e Comunidade, principal especialidade atuante na APS, o gênero feminino é mais frequente (63,64,65). Essa frequência também está alinhada com estudo feito com médicos na APS no DF em 2005, que encontrou 55% de mulheres entre os médicos pesquisados, além de outro estudo de 2019, voltado para médicos que passaram pelo *Converte*, em que se observou que aproximadamente 67% dos pesquisados eram do sexo feminino (47,62).



**Gráfico 1** – Percentual de médicos participantes de acordo com o gênero, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

A percepção da feminização da medicina, processo observado nas últimas décadas em todo o mundo e com importantes avanços no Brasil, tem importante representação no trabalho da atenção primária. Estudos apontam que as práticas profissionais de mulheres médicas são eficientes na realização de ações de prevenção, no desenvolvimento do trabalho em equipe multidisciplinar, no manejo adequado de recursos e na identificação de vulnerabilidades específicas da população de cuidado, todos eles aspectos essenciais para o trabalho do profissional presente na ESF e na APS. Isso indica a necessidade de um processo de adaptação do modelo de cuidado e do próprio sistema de saúde na identificação de práticas profissionais mais eficientes e que se adequem à realidade daquelas práticas prestadas nesses serviços em saúde (63,64,66).

Em relação à faixa etária dos participantes, foi identificada maior frequência de profissionais entre 30 a 34 anos, somando cerca de 35,6% do total. Em estudo de demografia médica brasileira realizado em 2018, foi observado que, no Distrito Federal, a maioria dos

médicos está na faixa etária de 35 a 39 anos, constituindo 17,4% do total, seguido da faixa etária de 30 a 34 anos com 17,1%, parcialmente em desacordo com o presente estudo (63).

**Tabela 1** – Percentual de médicos participantes por faixa etária em pesquisas no Distrito Federal em 2018 e 2020

<b>Faixa Etária</b>	<b>Demografia médica Brasil - DF – 2018*</b>	<b>Médico na APS do DF – 2020**</b>
Até 29 anos	13,0%	3,4%
30 a 34 anos	17,1%	35,6%
35 a 39 anos	17,4%	28,8%
40 a 44 anos	12,7%	16,1%
45 a 49 anos	8,8%	8,5%
50 a 59 anos	14,2%	5,9%
Mais de 60 anos	16,7%	1,7%
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Demografia Médica\* (63); Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor\*\*.

Os dados da tabela 2 sugerem uma tendência de jovialização da mão de obra médica presente na atenção primária à saúde no Distrito Federal. Essa hipótese é reforçada ao se comparar os resultados da presente pesquisa com um estudo executado em 2005 com médicos da mesma categoria, também servidores da SES-DF. No presente estudo, a faixa etária mais frequente é de 30 a 39 anos, com cerca de 64,4%, enquanto, em 2005, a faixa etária de 50 a 59 é mais frequente, com 33,3% e aqueles entre 30 e 39 anos representaram somente 13,3%. Contudo, vale ressaltar as limitações do estudo de 2005, conforme apontado pelos próprios autores (47).

**Tabela 2** – Percentual de médicos participantes por faixa etária em pesquisas no Distrito Federal em 2005 e 2020

Faixa Etária	Médico na APS DF - 2005		Médico na APS do DF - 2020	
	Freq	%	Freq	%
Até 29 anos	5	16,7%	4	3,4%
30 a 39 anos	4	13,3%	76	64,4%
40 a 49 anos	4	13,3%	29	24,6%
50 a 59 anos	10	33,3%	7	5,9%
Mais de 60 anos	7	23,3%	2	1,7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>118</b>	<b>100%</b>

Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor; 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 (47)

Estudos realizados em outros locais do país notam tendência semelhante: profissionais na atenção primária cada vez mais jovens. Esse fato pode estar relacionado com o desenvolvimento histórico da Medicina de Família e Comunidade, uma especialização mais recente com enfoque na APS, mas também com seu crescente reconhecimento como especialidade médica central para o trabalho na porta de entrada do sistema de saúde (63,64,67).

### 8.1.2 Perfil Profissional

Buscou-se identificar características que pudessem traçar o perfil profissional do médico na APS do DF. Assim, houve perguntas relacionadas à sua formação, como graduação, residência médica, titulação médica, titulação acadêmica e experiência prévia em Estratégia Saúde da Família.

O ano de graduação apresentou comportamento semelhante ao da faixa etária, sendo essa variável dividida em tempo de graduação em anos e período de graduação. Para essa análise, foram calculadas medidas de tendência central que facilitassem a exposição dos achados, assim como sua comparação. Por meio do cálculo das medidas, foram identificados valores próximos entre média (26,1 anos), moda (25 anos) e mediana (26 anos), aproximação de valores que sugere a segurança do achado.

**Tabela 3** – Estatísticas descritivas do tempo (em anos) de graduação dos médicos participantes, 2020

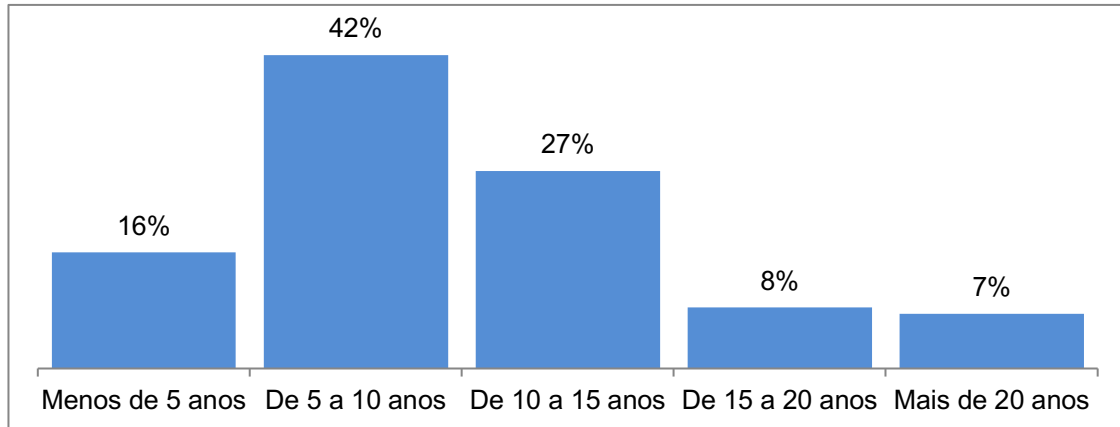
<b>Medidas</b>	<b>Valores</b>
Mínimo	21
Mediana	26
Média	26,1
Máximo	54
Moda	25

Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

Esse achado se assemelha às medidas de tendência central sobre o tempo decorrido entre o ano de nascimento e o ano de graduação obtidos em estudo realizado no DF em 2005, quando registrou -se moda e mediana de 26 anos, ainda que apresentada uma média discordante de 22,81 anos. Apesar da hipótese de jovialização na carreira médica, a sustentação dessas medidas pode ter relação com a identificação de uma amostra mais ampla no presente estudo em comparação com o de 2005 (47).

Ainda em relação a essa variável, foi identificado maior percentual de médicos graduados nos últimos cinco a dez anos a partir da aplicação do questionário, com frequência de cerca de 42%, seguido por dez a 15 anos, com 27%. O período identificado com menor percentual de médicos foi entre aqueles que se graduaram há mais de 20 anos, com 7%.

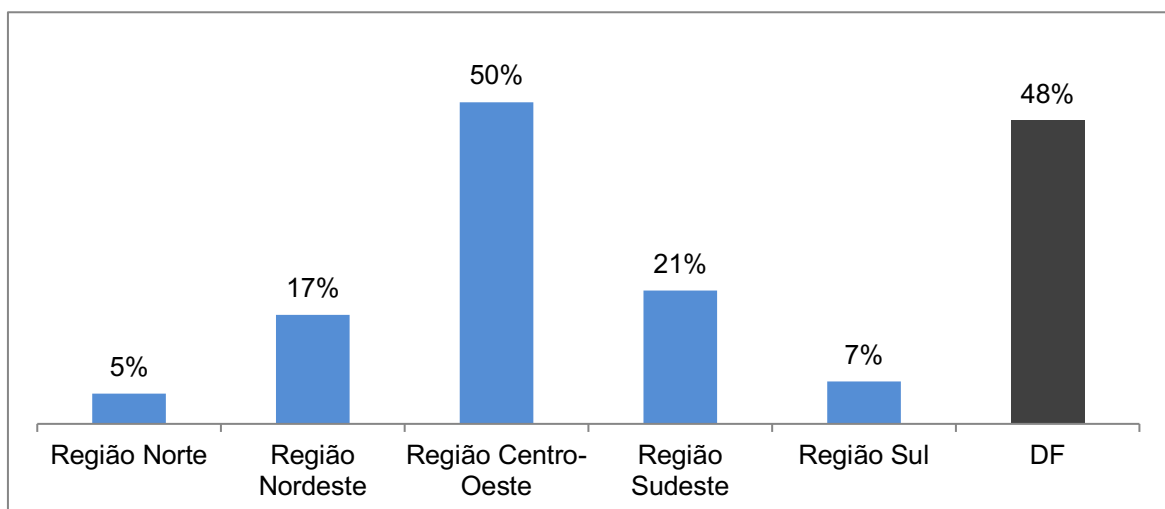
**Gráfico 2** – Percentual de médicos participantes de acordo com o período de graduação, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

Outro aspecto que pode ser destacado com esse resultado é que a maioria dos médicos neste estudo graduaram-se na última década; percebe-se assim provável relação com o aumento no número de escolas médicas no Brasil. Nesse sentido, ao se analisar a macrorregião de graduação, essa correlação também é sugerida, pois seguindo o Centro-Oeste, as regiões de onde se tem maior procedência de graduação dos médicos da SES são, respectivamente, aquelas com maior quantidade de faculdades de medicina: Sudeste e Nordeste (63).

**Gráfico 3** – Percentual de médicos participantes por macrorregião de graduação e pelo DF, 2020

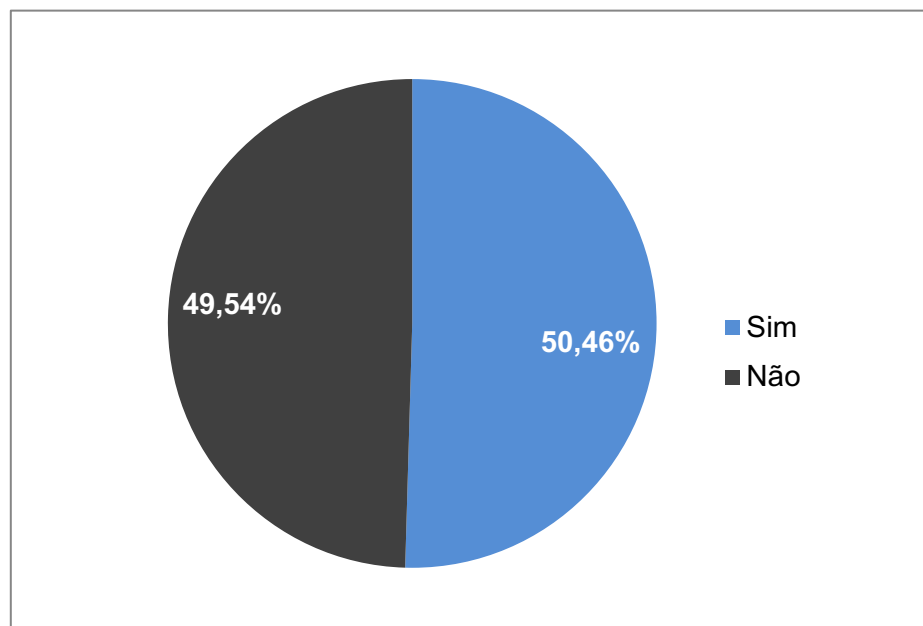


Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

A alta proporção de médicos graduados na região Centro-Oeste (50%), levando em conta sobretudo os que se graduaram no Distrito Federal (48%), sugere motivação e oportunidades para a permanência nesse local. A fixação do profissional pode estar relacionada com atrativos presentes no território. Entre eles, são sugeridos os seguintes: elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no DF; contratação via regime estatutário pela SES-DF, com padrões elevados de remuneração, quando comparado com os vencimentos propostos por secretarias estaduais e municipais de outras Unidades da Federação (UF); oportunidades de emprego na rede privada; e possibilidade de inserção no ambiente acadêmico (68,69).

A análise segue para a formação profissional após a graduação médica. Primeiramente, em relação à realização de residência médica, modalidade de ensino de pós-graduação direcionada para médicos e caracterizada por treinamento em serviço, foi observada uma proporção semelhante entre aqueles que fizeram algum tipo de residência (50,46%) e aqueles não fizeram (49,54%).

**Gráfico 4** – Percentual de médicos participantes de acordo com realização de residência médica, 2020



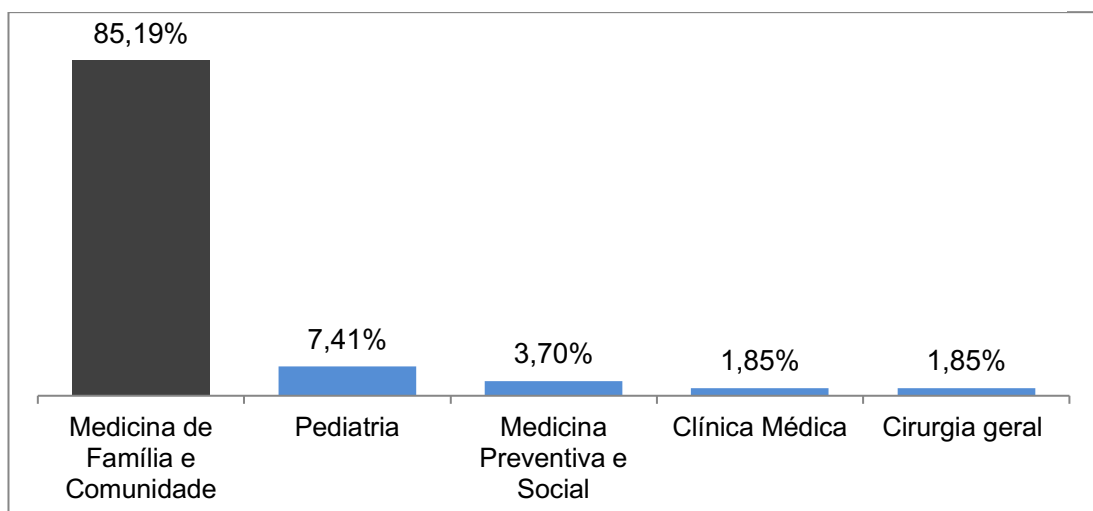
Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

A exigência de qualificação do profissional inserido na APS é foco de importante debate, seja por um reconhecimento do trabalho nesse nível de atenção ainda em progresso ou pelo surgimento recente de especialidade específica para o trabalho nesse campo. A atenção primária ainda é percebida como uma forma mais rápida de acesso ao mercado de trabalho por parte de médicos recém-formados que buscam estabilização financeira antes de escolher uma especialidade (70).

O ingresso na ESF da SES-DF majoritariamente via concurso público pode ter influência nessa maior frequência de médicos com residência médica, sendo essa uma forma mais exigente de contratação e que se relaciona com a preferência por maior qualificação profissional. Esse processo se diferencia de outras UFs que se utilizam de formas de contratação mais flexíveis como forma de atração de profissionais, sugerindo assim oportunidades acessíveis para médicos recém-egressos da graduação.

Entre aqueles que realizaram esse tipo de especialização, observa-se maioria, cerca de 85,19%, de Médicos de Família e Comunidade formados por meio da residência médica.

**Gráfico 5** – Percentual de médicos participantes por especialidade de residência médica, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

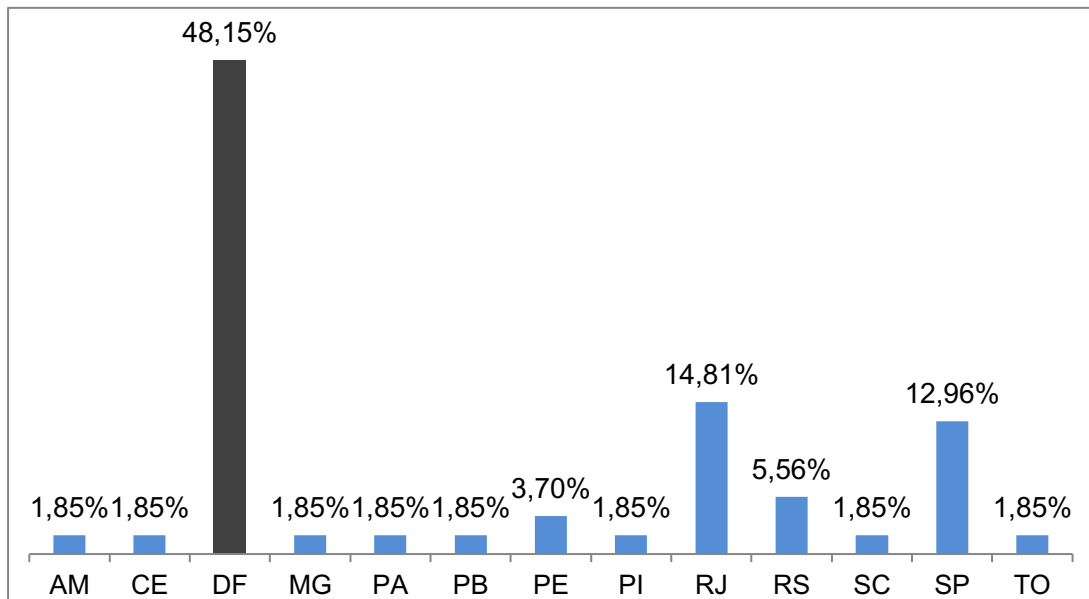
Essa frequência elevada entre os participantes da pesquisa sugere uma melhor qualificação da rede de cuidados primários da SES-DF, uma vez que a residência médica é considerada padrão-ouro para o aprendizado das especialidades, que deve ser ressaltado também na APS. Esse pensamento é apoiado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) no que tange o processo de qualificação do trabalho do médico presente na ESF e na APS, visto pela instituição como estratégia pedagógica ideal para a formação desse especialista (71).

Reforça-se, nesse aspecto, que o profissional qualificado tem a possibilidade de adquirir com maior facilidade as competências necessárias para a prática da MFC, assim como de executar de forma eficiente os atributos da APS no seu trabalho cotidiano, assegurando resolutividade e qualidade para a assistência (72).

Posteriormente, esse dado será agregado ao de participantes da pesquisa que obtiveram titulação em Medicina de Família e Comunidade por meio de provas de título, reconhecida pela SBMFC e pela Associação Médica Brasileira (AMB).

Em relação à UF da residência médica, identificou-se que 48,15% dos médicos pesquisados que fizeram esse tipo de especialização a realizaram no Distrito Federal, permanecendo no local após a conclusão e o ingresso na SES-DF. Além disso, nota-se uma frequência elevada de médicos egressos de programas dos estados do Rio de Janeiro (14,81%) e São Paulo (12,96%).



**Gráfico 6** – Percentual de médicos participantes por UF da residência médica, 2020

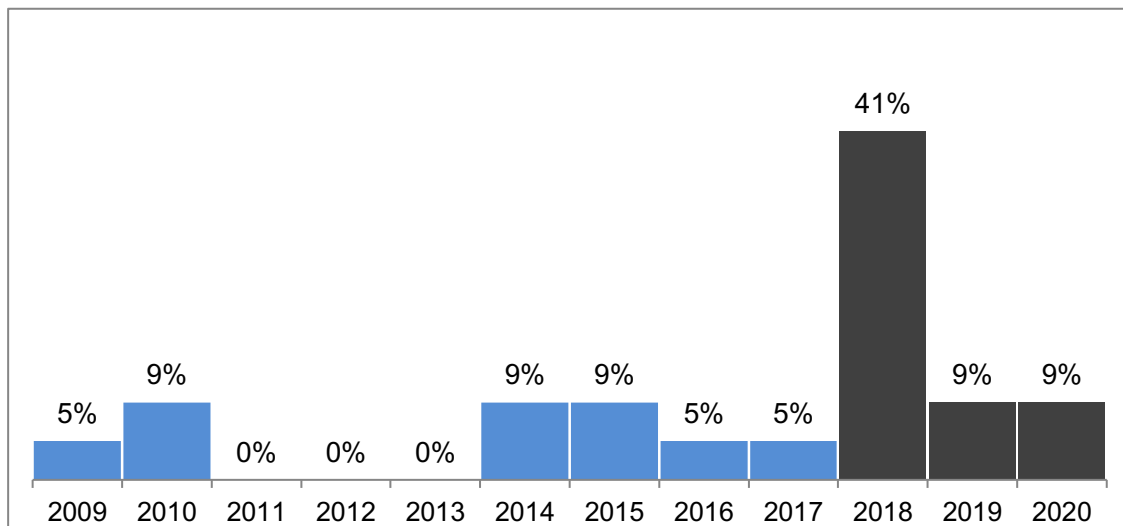
Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

A permanência no mesmo local da residência médica após seu término pode sugerir um ambiente propício para a absorção desse profissional por parte da rede de serviços em saúde. Apesar de não ser a realidade da SES-DF, ações governamentais no Rio de Janeiro sugeriram que a associação da residência médica em Medicina de Família e Comunidade com um plano de carreira pode ser um fator de fixação profissional, aspecto de grande benefício para o fortalecimento da APS (73).

A frequência maior de egressos do Rio de Janeiro e São Paulo tem provável relação com a maior quantidade de vagas de residência médica oferecidas em nível nacional. No entanto, destaca-se aqui a recente estruturação da APS no município do Rio de Janeiro, que reformou sua organização de maneira estruturante, com o aumento da cobertura e a integração com a rede, a partir da articulação feita com os programas de residência médica em MFC. O ingresso de servidores que realizaram residência nessa UF pode sugerir maior qualificação destes em atividades voltadas para a estruturação da rede da SES-DF (74,75).

Entre os participantes que fizeram residência em MFC no DF, buscou-se analisar o ano em que ela foi concluída. Foi identificada uma baixa frequência de concluintes do programa até o ano de 2017, achado que pode ser correlacionado com as baixas oferta e procura de vagas dos programas de residência em MFC (PRM-MFC) locais, visto que havia, nesse período, problemas como a falta de infraestrutura, a fragilidade nos campos de estágio e a pouca colaboração da gestão local (76).

**Gráfico 7** – Percentual dos médicos participantes que realizaram residência em MFC no DF por ano, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

No entanto, em 2016, foram criados os PRM em Rede de MFC da SES-DF e do PRM-MFC do Hospital Universitário de Brasília/Universidade de Brasília (HUB/UnB), com maior número de vagas e melhor estruturação do programa, ambos alinhados com o Currículo Baseado em Competências da SBMFC – as primeiras turmas se formaram no ano de 2018 (76,77).

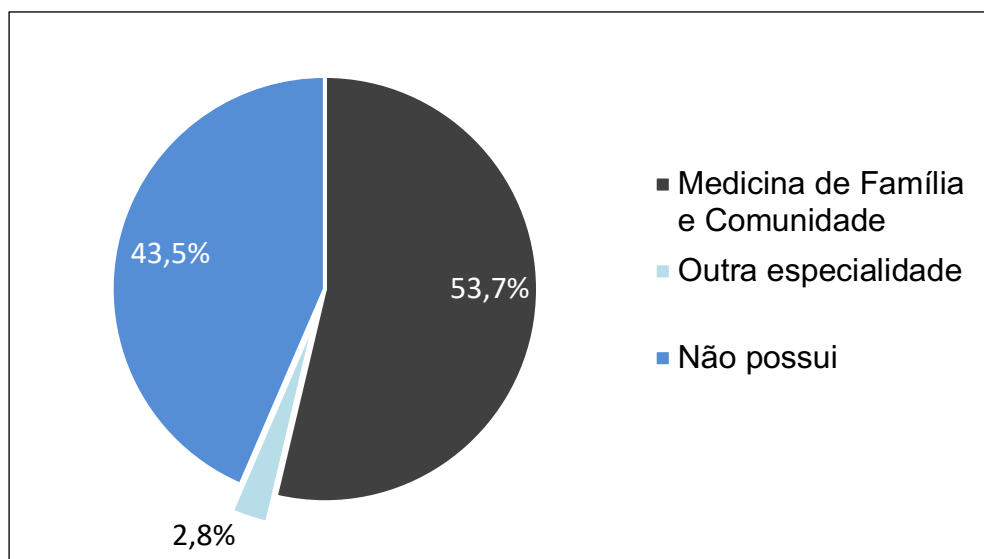
O último concurso público para a contratação de servidores para a Estratégia Saúde da Família da SES-DF foi realizado em 2018, tendo sua primeira convocação ainda nesse ano. Ele trouxe como inovação a exigência, como pré-requisito, pela primeira vez no DF, de

certificação na residência médica em Medicina de Família de Comunidade ou titulação reconhecida pela SBMFC e Associação Médica Brasileira (78).

É importante assinalar que os residentes das turmas seguintes aos que ingressaram em 2016, que também foram aprovados e convocados nesse concurso, não puderam assumir o cargo na primeira chamada, em 2018, visto que ainda estavam com a residência em andamento. Sendo assim, eles só puderam assumir após a rotatividade da lista de chamada dos aprovados, em 2020. Essa ressalva pode relacionar-se com a baixa frequência de egressos dos PRM-MFC nos anos 2019 e 2020. Vale destacar que a coleta dos dados foi realizada antes dessa última convocação de servidores (79).

Como mencionado, apenas a partir de 2018 passou a ser exigida residência médica em Medicina de Família e Comunidade ou título reconhecido pela SBMFC/AMB, formas de reconhecimento desse médico especialista, para entrada no cargo de Médico de Família e Comunidade na SES-DF. Sendo assim, observou-se uma frequência 53,7% de servidores com titulação em MFC, o que representa uma taxa significativa ao se somar àqueles que realizaram a residência médica nessa especialidade.

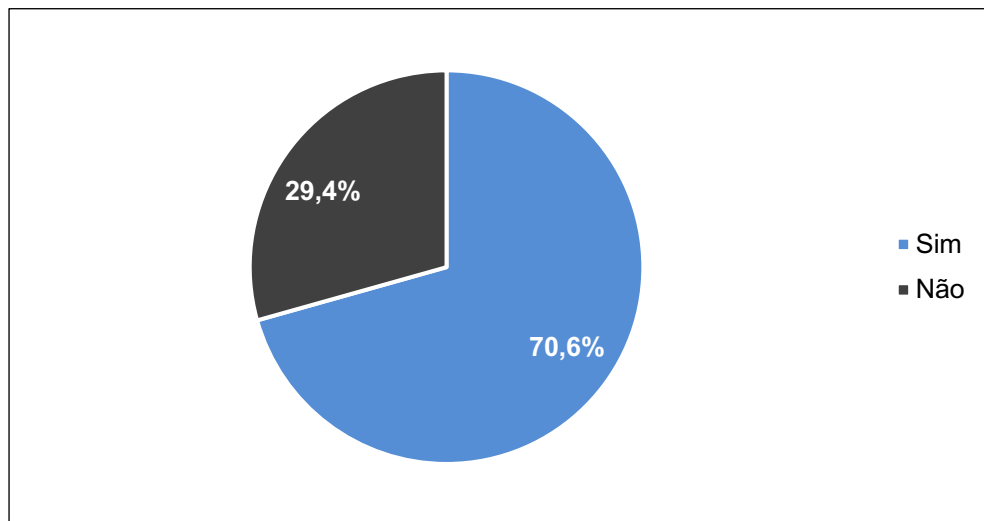
**Gráfico 8** – Percentual dos médicos participantes de acordo com a especialidade do título, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

Os resultados deste estudo revelam que 70,6% dos médicos na rede básica da SES-DF obtiveram especialidade em Medicina de Família e Comunidade por meio das duas formas de titulação. Esse achado mostra uma proporção levemente superior à encontrada em âmbito nacional (63).

**Gráfico 9** – Percentual de médicos participantes de acordo com a realização de residência médica ou obtenção de titulação em MFC, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

De acordo com dados do último estudo sobre demografia médica em 2018, mais de um terço dos médicos no Brasil não possui titulação de especialista, seja por conclusão de residência médica ou por prova de título (63). Esse achado tem relação com a entrada imediata no mercado de trabalho após a graduação; o ingresso em cursos de graduação lato-sensu, que por sua vez não atribui título de especialista; e, por vezes, o fato de o profissional já estar inserido na assistência há longa data, deixando de ser atrativa a busca pela titulação. São resultados que, possivelmente, correspondem aos encontrados no presente estudo no Distrito Federal, no caso dos médicos atuantes na APS.

A obtenção de titulação acadêmica também é oportuna para a análise da qualificação do profissional presente na APS, pois nota-se que cerca de 76% finalizaram algum

tipo de pós-graduação, tendo a modalidade de especialização atingido 54%, seguida pelo mestrado, com 18%. Destaca-se um percentual de 24% de servidores que não realizaram nenhuma das titulações acadêmicas citadas. Para apreciação desse item e melhor aprofundamento dos dados, a residência médica foi excluída da categoria “especialização”.

**Tabela 4** – Percentual de médicos participantes em relação ao tipo de titulação acadêmica obtida, 2020

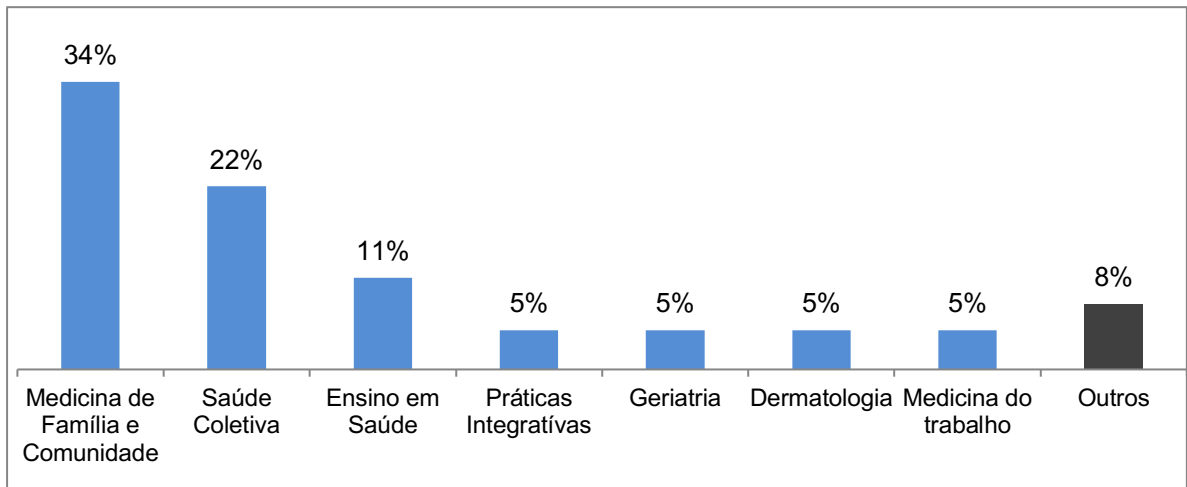
Titulação acadêmica	Frequência	%
Especialização	58	54%
Mestrado	19	18%
Doutorado	2	2%
Livre Docência	3	3%
Não realizado	26	24%

Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

Esse dado mostra uma mudança no perfil de qualificação profissional na atenção primária, uma vez que estudos prévios indicavam números pouco expressivos de médicos com algum tipo de titulação acadêmica quando comparados com dados atuais, inclusive com o da ora apresentada pesquisa (47,80). Esse tipo de mudança pode sugerir que a APS tem se tornando cenário mais qualificado para a formação acadêmica de novos profissionais, o que por sua vez tem influência do caráter formativo do SUS como principal apoiador das práticas de ensino em serviço de saúde.

Nesse sentido, entre as temáticas de titulação acadêmica encontradas neste estudo, destaca-se uma maior frequência da Medicina de Família e Comunidade (34%) e da Saúde Coletiva (22%), aqui compreendidas como áreas de conhecimento fundamentais na prática do trabalhador da APS, seguidas por aquelas relacionadas ao ensino em saúde (11%).

**Gráfico 10** – Percentual de médicos participantes que obtiveram titulação acadêmica por área de conhecimento, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

A identificação de uma variedade de áreas de conhecimento de titulação acadêmica pode estar relacionada ao caráter abrangente de práticas possíveis na atenção primária. Ainda que se reforce a importância de formação específica para essa atuação, outros campos de conhecimento podem ser aplicados na prática médica a fim de garantir acesso, resolutividade e melhoria da qualidade dos serviços de saúde primários.

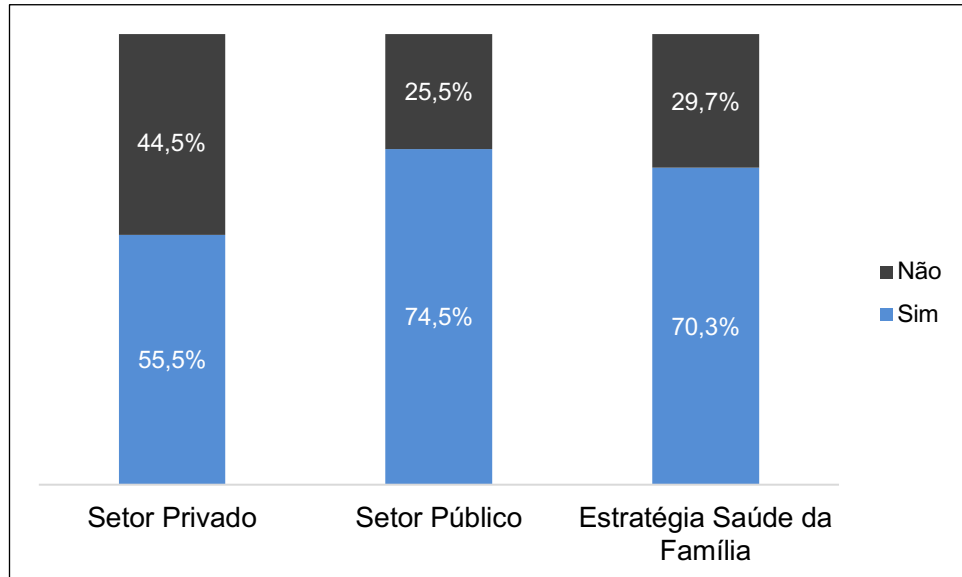
Cabe destacar as titulações acadêmicas na área de ensino em saúde, que neste trabalho chegaram a 11%, envolvendo temas como Educação Médica e Preceptorial em Medicina de Família e Comunidade. A qualificação profissional nessa área de atuação reforça oportunidades de integração entre a formação educacional e o SUS, uma vez que é nele onde se concentra a maioria dos cenários apropriados para o aprendizado, na forma de ensino-serviço de graduação, e a residência médica, voltados para a APS (81). Sugere-se, assim, que as UBSs que possuem médicos com titulações acadêmicas na área de ensino em saúde podem se tornar potenciais locais de ensino.

No contexto da educação médica no Distrito Federal, as duas instituições públicas de ensino médico, ESCS/Fepecs e UnB, passaram por reformas recentes em seus currículos

acadêmicos, de forma a promover maior vivência em cenários práticos da atenção primária à saúde, necessitando assim de profissionais qualificados para a preceptoria local (76).

Quanto à atuação anterior em outros serviços de saúde como objeto de análise de experiência profissional, notou-se que 55,5% dos participantes tiveram atuação anterior no setor privado. No entanto, a maior parte é daqueles que tiveram essa atuação no setor público (74,5%). Ao se especificar a experiência prévia na Estratégia Saúde da Família em qualquer local do país, foi encontrado um percentual de 70,3%. Para a obtenção desses resultados, os participantes podiam marcar no questionário as alternativas “Sim” ou “Não” sobre a atuação prévia no setor privado, público ou ESF, sendo possível a mesma pessoa ter atuado em mais de uma categoria.

**Gráfico 11** – Percentual de médicos participantes por atuação anterior no setor privado, no setor público e na ESF, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

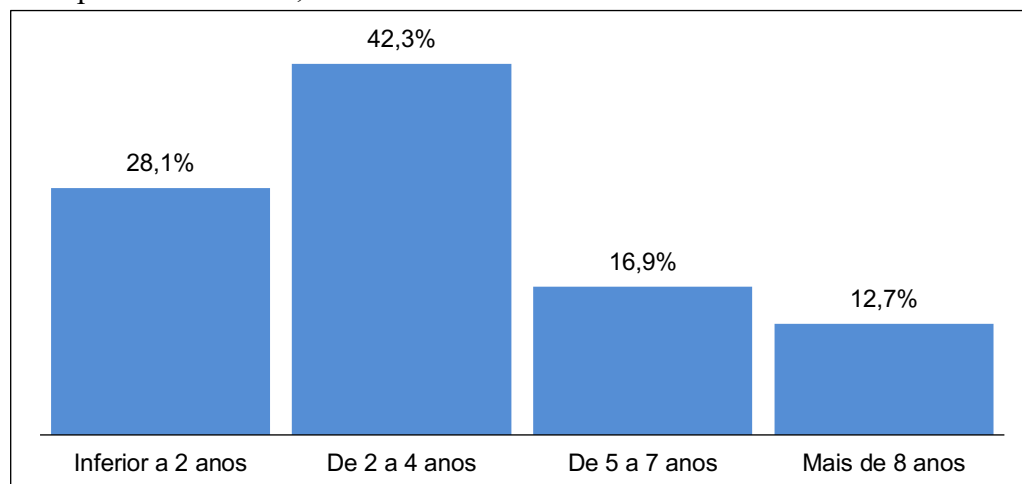
Alguns planos de saúde particulares, assim como outros serviços privados de saúde, têm focado nos atributos e nas práticas da APS em função de seu caráter resolutivo e de uso racional de recursos (52). O fato de que há 55,5% de profissionais com atuação anterior no setor

privado pode ter relação com essas novas oportunidades de campo de atuação profissional para médicos. O setor privado tornou-se um possível local de atuação de profissionais qualificados em APS, ainda que, no DF, o setor público apresente mais atrativos para esse profissional, como contratação estatutária, plano de carreira e salários superiores.

No entanto, é o setor público o responsável pela maior parte da atuação anterior, sendo observado que a maioria foi proveniente da experiência em Estratégia Saúde da Família. Esse achado pode ter embasamento no caráter formativo do SUS, onde, desde a sua concepção, tem-se a atribuição de formação de profissionais da área, seja na graduação, na residência médica ou em programas de provimento assistencial e qualificação do trabalho realizado pelas equipes de saúde da família, como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos (81,82,83).

Ao aprofundar a experiência anterior na ESF, foi observado que 28,2% tiveram atuação menor de dois anos, estando compreendidos aí aqueles que não tiveram nenhuma prática anterior. Os que tinham experiência de dois anos ou mais perfazem 71,9%.

**Gráfico 12** – Percentual de médicos participantes de acordo com o tempo de experiência na ESF, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor



Ao comparar com os achados de estudo semelhante realizado no ano de 2005 no DF, é possível perceber um aumento da média e mediana de anos de experiência prévia. Passou-se de uma mediana e média de 2 anos para 3 e 3,9 anos, respectivamente, na atual pesquisa (47).

**Tabela 5** – Estatísticas descritivas do tempo (em anos) de experiência prévia na ESF dos médicos participantes de pesquisa em 2005 e 2020

Medidas	Médico na APS DF – 2005	Médico na APS DF – 2020
Mínimo	1	0
Mediana	2	3
Média	2	3,9
Máximo	4	21
Moda	1	1

Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor; 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 (47)

Essa mudança pode estar relacionada a uma melhora no preparo técnico do médico que assume o cargo na ESF no DF, visto que esse tempo de experiência anterior vivenciado na área pode ser entendido como forma de aprimoramento nas práticas cotidianas da APS.

### 8.1.3 Características do Médico na Rede SES-DF

O DF é atualmente dividido em sete superintendências de regiões de saúde, que abarcam todas 32 regiões administrativas (RA) existentes, distribuídas conforme o Quadro 1 (84,85). As regiões administrativas possuem características que justificam os seus agrupamentos em regiões de saúde dentro de padrões sociogeográficos, de forma a auxiliar na administração local. No entanto, a partir dessa verificação, observa-se que o território do DF não se comporta de forma homogênea. Sendo assim, a análise das variáveis é influenciada por particularidades presentes em cada uma das regiões administrativas e regiões de saúde, que

podem estar relacionadas com a distribuição populacional, com vulnerabilidades socioeconômicas e mesmo com a cobertura de atenção primária à saúde, objeto de estudo da presente pesquisa.

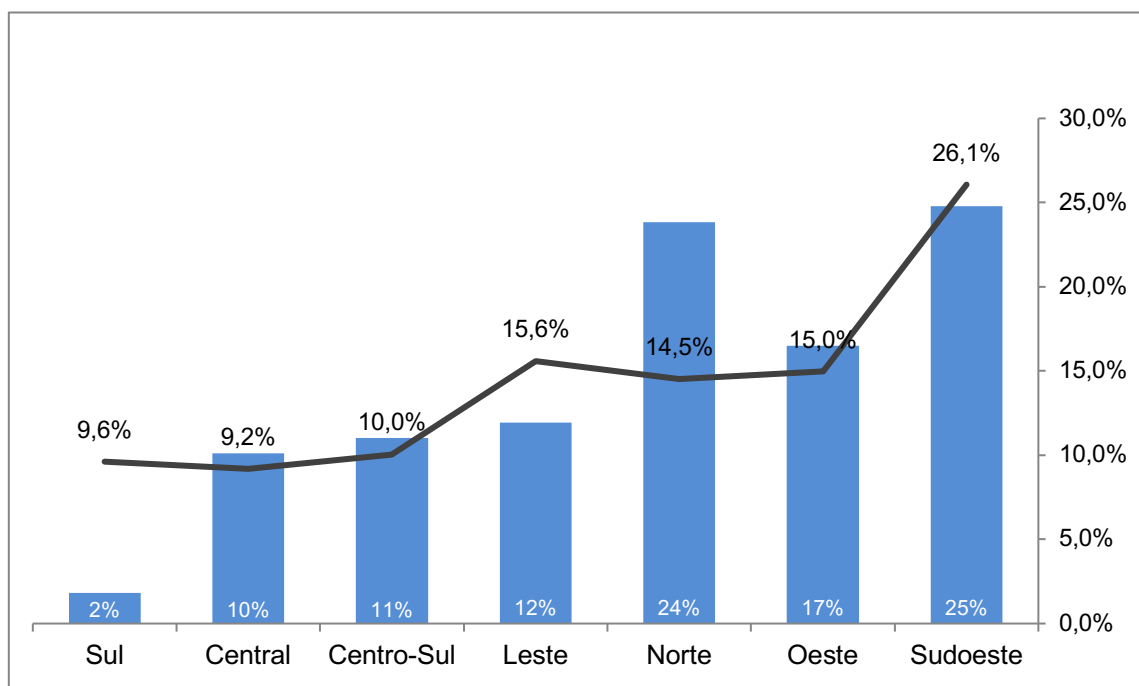
**Quadro 1** – Distribuição das Regiões Administrativas nas sete Regiões de Saúde, 2020

<b>Região de Saúde</b>	<b>Regiões Administrativas</b>
<b>CENTRAL</b>	RA 1 - Brasília (Asa Norte) RA 1 - Brasília (Asa Sul) RA 11 - Cruzeiro RA 16 - Lago Sul RA 18 - Lago Norte RA 22 - Sudoeste/Octogonal RA 23 - Varjão
<b>CENTRO-SUL</b>	RA 8 - N. Bandeirante RA 10 - Guará RA 17 - R. Fundo I RA 19 - Candangolândia RA 21- R. Fundo II RA 24 -Park Way RA 25 - SCIA (Estrut.) RA 29 - S.I.A
<b>NORTE</b>	RA 6 - Planaltina RA 5 - Sobradinho I RA 26 - Sobradinho II RA 31 - Fercal
<b>SUL</b>	RA 2 - Gama RA 13 - Santa Maria
<b>LESTE</b>	RA 7 - Paranoá RA 14 - São Sebastião RA 27- Jd. Botânico RA 28 - Itapoã
<b>OESTE</b>	RA 4 - Brazlândia RA 9 - Ceilândia RA 32 - Sol Nascente/ Pôr do Sol
<b>SUDOESTE</b>	RA 3 - Taguatinga RA 12 - Samambaia RA 15 - Recanto das Emas RA 20 - Águas Claras RA 30 - Vicente Pires

Fonte: Adaptado de SES-DF (84)

O gráfico seguinte mostra o percentual de médicos lotados na SES-DF registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, representado pela linha, e o percentual de médicos que participaram da pesquisa, representado pela coluna, por região de saúde (86). Essa variável foi utilizada com o objetivo de caracterização da amostra, uma vez que se busca com o presente estudo uma representação próxima da realidade sobre o médico na APS do DF.

**Gráfico 13** – Percentual de médicos lotados na SES-DF e percentual de médicos participantes por região de saúde, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (86)

Os médicos que participaram da pesquisa concentraram-se principalmente nas regiões sudoeste (25%), norte (24%) e oeste (17%); as regiões leste (12%), centro-sul (11%) e central (10%) tiveram participações semelhantes, enquanto a região sul teve o menor percentual de médicos, com apenas 2%. Tal comportamento se assemelha à porcentagem de médicos lotados na SES-DF por região, indicando uma amostra próxima da realidade.

Como observado, devido a pequenas diferenças entre os percentuais apresentados na linha e na coluna, o percentual de médicos participantes aproxima-se do que pode ser

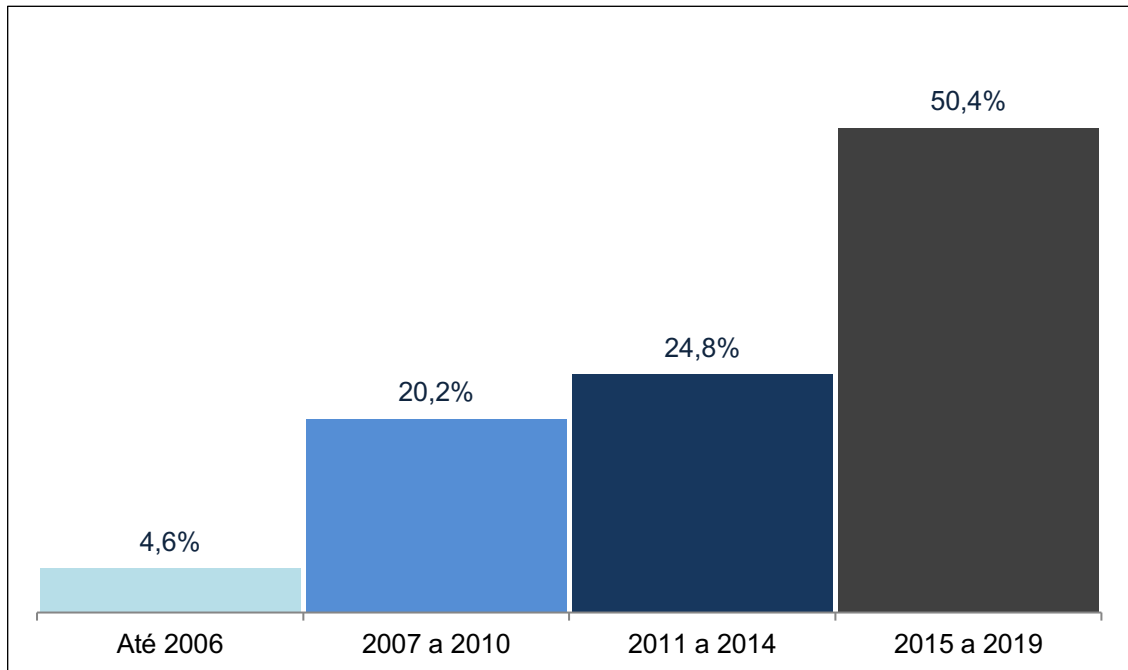
considerado representativo para todas as regiões de saúde, com exceção das regiões sul e norte. As amostras das regiões leste e sudoeste apresentaram uma diferença tolerável em comparação ao percentual de médicos.

Por outro lado, a diferença entre esses percentuais na região sul é maior, indicando uma possível falha na representatividade dessa região na amostra obtida, o que pode indicar uma limitação para a análise do perfil do médico do Distrito Federal deste estudo, visto que o delineamento pode não representar as características do grupo de profissionais provenientes da região sul. É importante ressaltar que o desequilíbrio e a ausência de profissionais dessa região foram alocados na região norte, onde se observa uma quantidade acima do esperado de respondentes do questionário, o que pode indicar uma maior influência nas outras variáveis de profissionais dessa área.

De forma geral, o esperado é que existam algumas pequenas divergências entre os profissionais das regiões de saúde. Entretanto, como este estudo analisa o comportamento e a capacitação desses profissionais – e essas duas variáveis são consequências do processo seletivo da SES e a distribuição entre as regiões é aleatória e não utiliza essas variáveis no processo de alocação –, espera-se que a baixa representatividade de alguma região não afete os resultados do estudo.

O ingresso na SES-DF é uma variável que auxilia na análise da política de atenção primária à saúde no Distrito Federal. Como pontuado no referencial teórico, o modelo de APS adotado nesse local passou por diferentes momentos de priorização no decorrer das mudanças de governo ao longo de sua história. Nesse ponto, correlacionam-se esses momentos com o período de maior acesso de profissionais no quadro de servidores da Secretaria de Saúde, ou seja, via principalmente concurso público, em quatro períodos distintos, que, por sua vez, alinham-se com os mandatos governamentais no Distrito Federal.

**Gráfico 14** – Percentual de médicos participantes por período de admissão na ESF da SES-DF, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

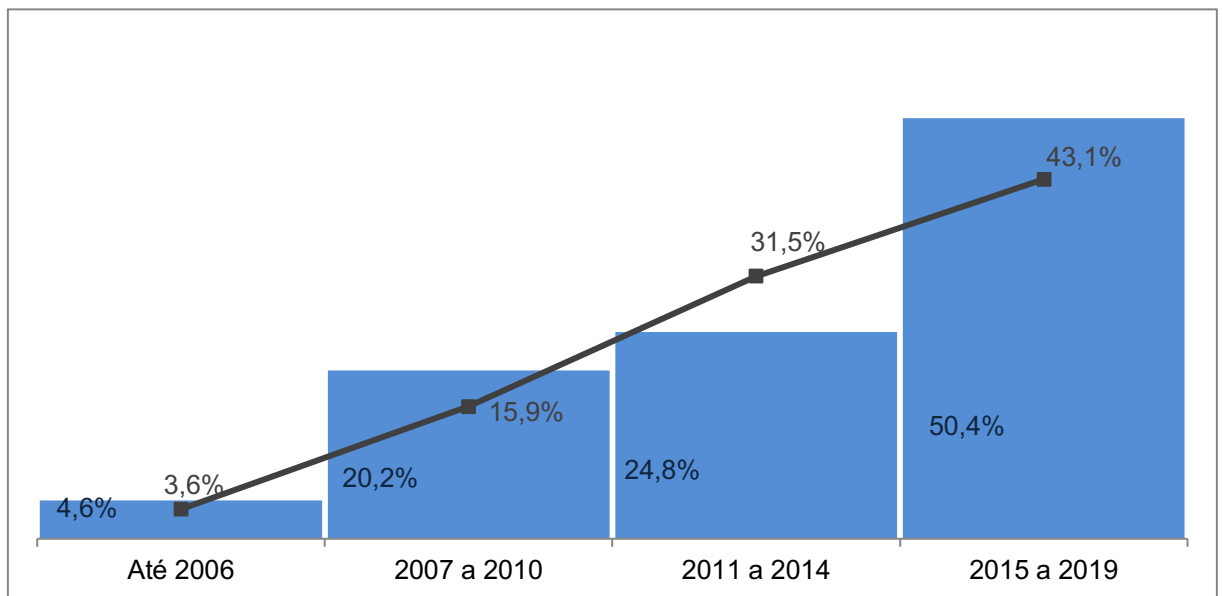
Um achado nesta pesquisa é o crescimento na admissão de médicos na ESF pela SES-DF desde 2007. Esse dado tem possível relação com o desenvolvimento da APS no modelo de Estratégia Saúde da Família em contexto nacional, que tem, no ano de 2006, uma mudança na caracterização de Programa para Estratégia em função de seu caráter estruturante para o sistema, marco representado pela Política Nacional de Atenção Básica (39,40).

O fato de que cerca de 75,2% de servidores foram admitidos entre 2011 e 2019 sugere mudanças na percepção da ESF por parte do governo distrital, ainda que isso não signifique priorização política, visto que até 2018 ainda funcionava um modelo de atenção básica tradicional convivendo com as equipes de Saúde da Família (59,87).

No entanto, ao se correlacionar o ano de admissão na SES-DF com a cobertura de Estratégia Saúde da Família, percebem-se tendências de crescimento semelhantes. As taxas constantes nas linhas representam a cobertura de Estratégia Saúde da Família no DF ao fim de cada um dos anos da categorização proposta, ou seja, 2006 (3,6% de cobertura), 2010 (15,9%

de cobertura), 2014 (31,5% de cobertura) e 2019 (43,1% de cobertura), retiradas do Portal e-Gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde. As colunas mostram o período de admissão dos servidores participantes da pesquisa, que encontrou os seguintes resultados: até 2006 (4,6%), 2007 a 2010 (20,2%), 2011 a 2014 (24,8%) e entre 2015 e 2019 (50,5%) (88). Esse achado pode representar a modificação no interesse político local de maior enfoque na APS e na ESF como seu único modelo de aplicação.

**Gráfico 15** – Percentual de médicos participantes e cobertura de ESF por período de admissão na SES-DF



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor; Portal e-Gestor Atenção Básica (88)

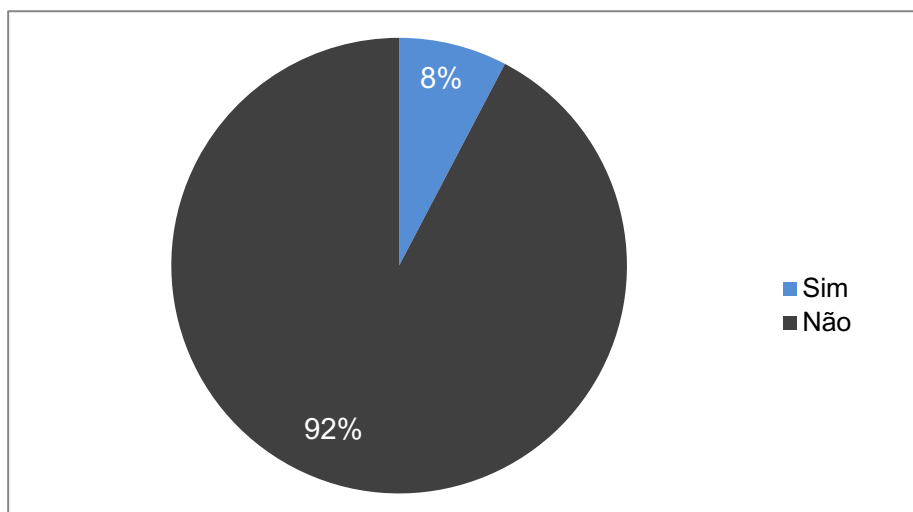
A análise desses dados aponta a correlação entre a cobertura mais alta de ESF e a quantidade de Médicos de Família e Comunidade admitidos na SES de 2015 a 2019. O primeiro aspecto foi a entrada de uma maior quantidade de médicos a partir da realização de dois concursos públicos para esses profissionais que atuariam na APS: um em 2014, ainda sem exigência de titulação em MFC, e outro em 2018, já com essa exigência. Pontua-se que, apesar de o primeiro concurso ter sido realizado em 2014, a maior parte das convocações foi realizada a partir de 2015, no governo seguinte, sendo totalmente finalizada em 2017, após a chamada de

todos os aprovados. Já o concurso de 2018 teve sua chamada finalizada apenas em 2020, como mencionado anteriormente.

O segundo aspecto foi o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal em modelo da Estratégia Saúde da Família no ano de 2018. Nessa mudança, as equipes atuantes no modelo tradicional formaram equipes de Saúde da Família, deixando de haver a coexistência dos dois modelos e oficializando a ESF como único modelo de APS no DF. Os médicos até então atuantes como especialistas em ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica médica passaram a atuar, após capacitação específica, como médicos generalistas, no cargo de médico de estratégia de saúde da família, porém não garantindo assim reconhecimento de título como profissional especialista em MFC (59).

Dos profissionais analisados, apenas oito (ou 8%) fizeram parte desse processo do *Converte*. Dado essa baixa amostra, provavelmente não seria conclusivo realizar análises específicas desse grupo com outros aspectos investigados no estudo. No entanto, em aspectos voltados para a capacitação profissional em MFC, assim como para a atuação na ESF, as particularidades desse grupo podem ter influência nos resultados encontrados.

**Gráfico 16** – Percentual de médicos participantes que mudaram de especialidade de atuação na SES-DF, 2020

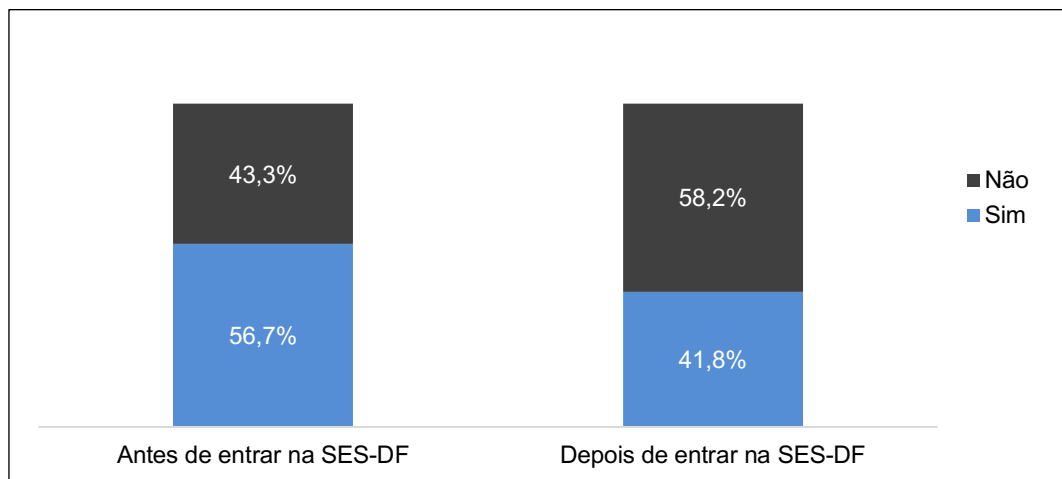


Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

Como destacado anteriormente, os diferentes tipos de qualificação voltados para a APS têm influência em seu adequado funcionamento, sendo aqui refletidos como fundamentais para o ingresso na SES-DF. Das práticas formativas, destacam-se a residência, a prova de títulos, as pós-graduações e o tempo de prática profissional nesse nível de assistência. No entanto, para o médico que já está inserido na assistência, também se torna essencial a institucionalização de ferramentas de educação permanente em saúde (EPS) na organização da SES-DF, de forma a possibilitar o contínuo desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, o que pode influenciar na sua própria satisfação profissional, no aprimoramento de processos de trabalho e na melhoria da qualidade da assistência (89).

Em estudo realizado com servidores que participaram do *Converte* em 2018, foi destacado que a maioria desses profissionais nunca havia recebido capacitação em saúde da família ou sequer tinha prática anterior nesse campo (62). Partindo dessa observação, na presente pesquisa buscou-se avaliar as oportunidades de capacitação para o médico da ESF, tendo ele participado do *Converte* ou não. Foi identificado, que após a entrada na SES-DF, houve uma redução de aproximadamente 15% no desenvolvimento de atividades de capacitação em Saúde da Família por esse profissional.

**Gráfico 17** – Percentual de médicos participantes que tiveram capacitação em saúde da família antes ou depois de entrar na SES-DF, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor



Esse resultado pode sugerir um menor interesse por parte do médico em se qualificar após o ingresso no quadro de servidores (fator relacionado com a desmotivação profissional), além de sugerir uma menor provisão de cursos de capacitação propostos pela SES-DF para esse profissional. Ambas conjecturas se relacionam com a necessidade de estímulo à educação permanente em saúde como base para a implementação da ESF, uma vez que, na APS, são necessárias constantes oportunidades de transformação nas práticas de saúde, sejam novas ou comumente utilizadas, de forma a permitir constantes melhorias no trabalho assistencial (90).

## 8.2 INTERAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS

A compreensão do papel da atenção primária à saúde dentro da rede de serviços, assim como de sua interação com os outros níveis de complexidade, deve passar pela percepção dos profissionais presentes em sua base. Portanto, a equipe de Saúde da Família, ao praticar os atributos da APS de integralidade e coordenação de cuidado, deve ser conhecedora dos fluxos da rede de serviços proposta pela SES-DF, assim como dos mecanismos de apoio para a melhoria de sua resolutividade (2).

Neste tópico, buscou-se identificar, entre os médicos, a forma como percebem a interação da ESF com a atenção especializada e hospitalar, seja por meio de mecanismos de referência, analisando o papel da regulação como organizadora de fluxos de encaminhamento, seja pela forma como acontece a contrarreferência, seja pelos meios para a obtenção de apoio de especialistas para auxiliar a resolução de casos que possam ter suscitado dúvidas.

### 8.2.1 Regulação

Existem diversos obstáculos para a garantia da equidade no acesso aos serviços de saúde. Dentre os instrumentos de gestão que podem ser utilizados para a redução dessas desigualdades, destaca-se o processo regulatório. A regulação, nesse contexto, atua como componente da rede de atenção em saúde (RAS), que permite melhor percepção de recursos disponíveis, assim como no funcionamento e na integração desses serviços, assegurando que os diferentes setores da saúde atuem de forma coordenada e integrada (91,92).

O Ministério da Saúde, no ano de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação.

No que tange à regulação do acesso à assistência, define:

[...] também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (93)

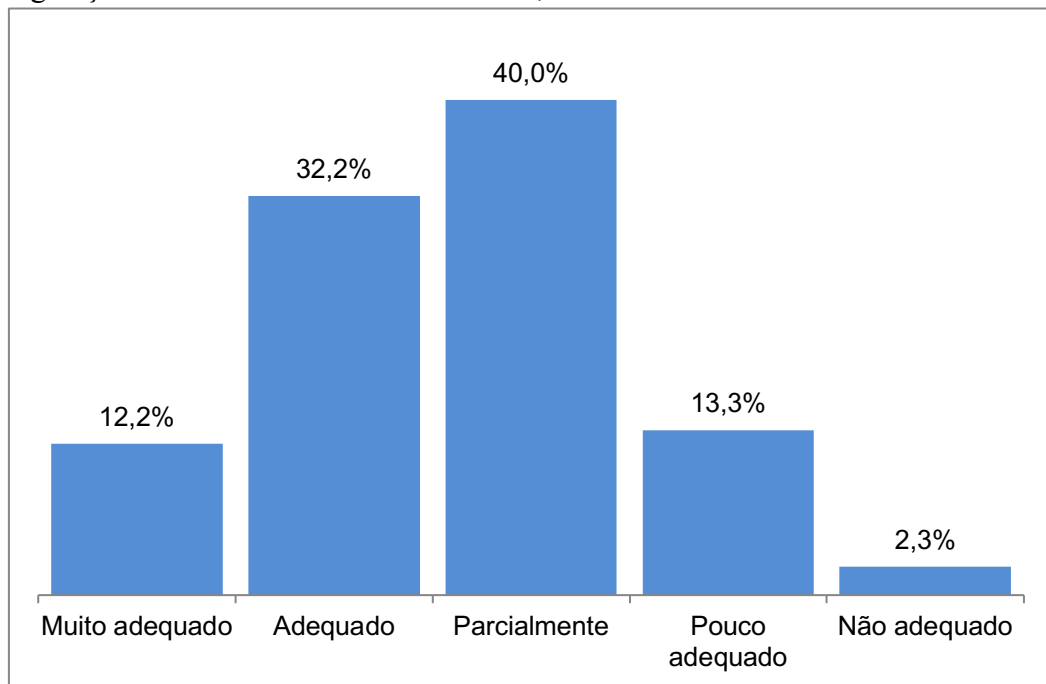
No DF, o encaminhamento para especialistas, assim como a solicitação de cirurgias eletivas, leitos de internação e urgência não passava por processo regulatório uniforme e sistematizado, o que dificultava o acesso por parte da população a esses serviços (60).

Em processo iniciado em 2015, como proposta de organização da atenção secundária, a partir da estruturação da RAS, que, por sua vez, tinha a atenção primária como ordenadora dessa mudança, foi estruturado o processo regulatório de forma sistematizada em todos os níveis de assistência na rede da SES-DF. Esse processo teve como marco a criação do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF) em 2017, responsável pela estruturação dos mecanismos de regulação (60,94).

Para a APS, o funcionamento adequado dos mecanismos regulatórios permite o desempenho do papel de *gatekeeper* pelas eSF, além de permitir maior equidade e transparência no fluxo de encaminhamentos para os níveis secundário e terciário da assistência (94).

No presente estudo, foi avaliada a percepção do funcionamento da regulação como mecanismo de referência para especialistas, por meio de escala de Likert. Foi observado maior percentual de participantes percebendo essa ferramenta como parcialmente adequada como mecanismo de referência (40%).

**Gráfico 18** – Percentual de médicos participantes de acordo com a percepção da regulação como mecanismo de referência, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

Contudo, a identificação de que esse processo de encaminhamento é considerado como adequado (32,2%) e muito adequado (12,2%) soma 44,4%. Enquanto suas percepções de pouco adequado (13,3%) e não adequado (2,2%) somam 15,2%. Esse comportamento sugere que existe compreensão por parte dos servidores na APS sobre o processo regulatório recentemente padronizado na rede da SES-DF, mas que ainda faltam demonstrações reais de

sua funcionalidade, a fim de garantir a transparência e a efetividade presentes na proposta dessa ferramenta.

Cabe à gestão da SES-DF o papel de capacitar os profissionais de sua rede para utilizar apropriadamente esses mecanismos regulatórios, assim como para incentivar o uso de outros instrumentos complementares nesse processo, como, por exemplo, o telessaúde.

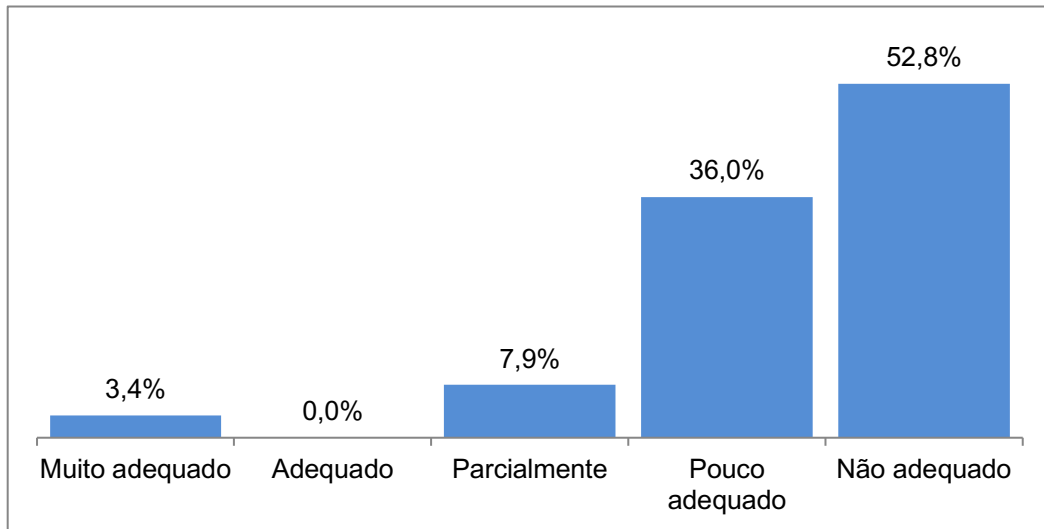
### 8.2.2 Contrarreferência

Assim como o mecanismo de referência, ou seja, do trânsito do paciente de um nível assistência de menor para outro de maior complexidade, a contrarreferência, caminho inverso na rede cuidado, exige um fluxo bem definido (95).

Essa definição de fluxos de referência e contrarreferência tem utilidade para o trabalho do médico na eSF, uma vez que ele tem consideração pelos atributos da APS de integralidade e coordenação do cuidado. Independentemente dos trajetos assistenciais realizados pelo paciente na RAS, o seu cuidado sempre será vinculado ao trabalho da equipe saúde da família (2). Dessa forma, ainda que necessário o encaminhamento para complexidades superiores, o médico da APS continua atuando como coordenador desse cuidado, precisando então que ele visualize o caminho do seu paciente na rede de serviços, assim como tenha facilitada a sua interlocução com os demais níveis de atenção.

Sobre o funcionamento da contrarreferência pelos servidores da SES-DF nesta pesquisa, os resultados mostraram que as percepções de que ela ocorre de forma pouco adequada (36%) ou não adequada (52,8%) somam 88,8%.

**Gráfico 19** – Percentual de médicos participantes de acordo com a percepção da contrarreferência, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

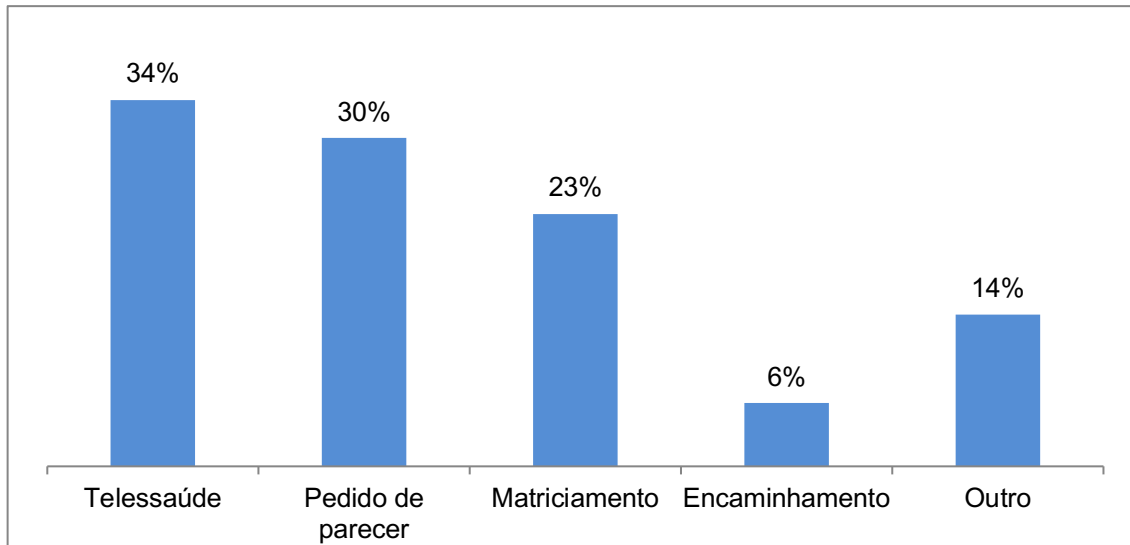
Essa frequência elevada de servidores que consideram pouco ou nada adequado o funcionamento da contrarreferência pode representar uma falha nesse ponto de articulação entre os níveis de assistência à saúde. Assim como os mecanismos de referência, a adequada contrarreferência tem benefícios para o trabalho do médico na APS, uma vez que ela possibilita maior integralidade no cuidado de seus pacientes.

### 8.2.3 Segunda Opinião em Saúde

Buscou-se analisar o acesso à segunda opinião em saúde por parte do profissional da APS quando diante de casos complexos e que possam gerar dúvidas na condução clínica. Foram analisadas o uso de ferramentas como matriciamento, telessaúde e solicitação de parecer de especialista pelos médicos na ESF participantes da pesquisa. O fornecimento dessas ferramentas de apoio ao profissional, a fim de permitir a melhoria do cuidado e a maior resolutividade na APS, têm tido cada vez mais importância na organização das redes de atenção à saúde (25,96).

Foi observado que o meio mais utilizado para conseguir a opinião de especialistas foi o uso do telessaúde, com cerca de 34%, seguido do pedido de parecer, com 30%, e do matriciamento, com 23%.

**Gráfico 20** – Percentual de médicos participantes de acordo com o meio mais utilizado para consultar a opinião de especialistas, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

A maior frequência de uso do telessaúde pode sugerir avanços no uso da ferramenta pelo servidor da SES, uma vez que, em estudo de 2005, a solicitação de parecer de especialista somava 71% em semelhante grupo de profissionais (47).

A estruturação do telessaúde passou por avanços no Brasil nos últimos anos, tendo sido aplicado não só nos sistemas de informação e como apoiador técnico para o profissional de saúde, mas como estruturador da RAS. Nesse sentido, a articulação proposta pelo telessaúde possibilita não só a melhoria da resolutividade da APS, como também promove a integração entre os diferentes níveis de assistência. No Distrito Federal, em 2018, o uso do telessaúde esteve no centro do debate enfoque ao fazer parte da organização dos processos regulatórios, sendo coordenado pelo Complexo Regulador em Saúde e dando início à implantação do Núcleo de Telessaúde do DF, por meio do Projeto Regula+Brasil (94,96).

No entanto, apesar desse avanço, a alta utilização de parecer de especialistas e o próprio encaminhamento para os níveis secundário e terciário para a obtenção de segunda opinião pode sugerir dificuldades na utilização de ferramentas como telessaúde e matriciamento, além de fragilidades na apresentação e disponibilização desses instrumentos para os servidores.

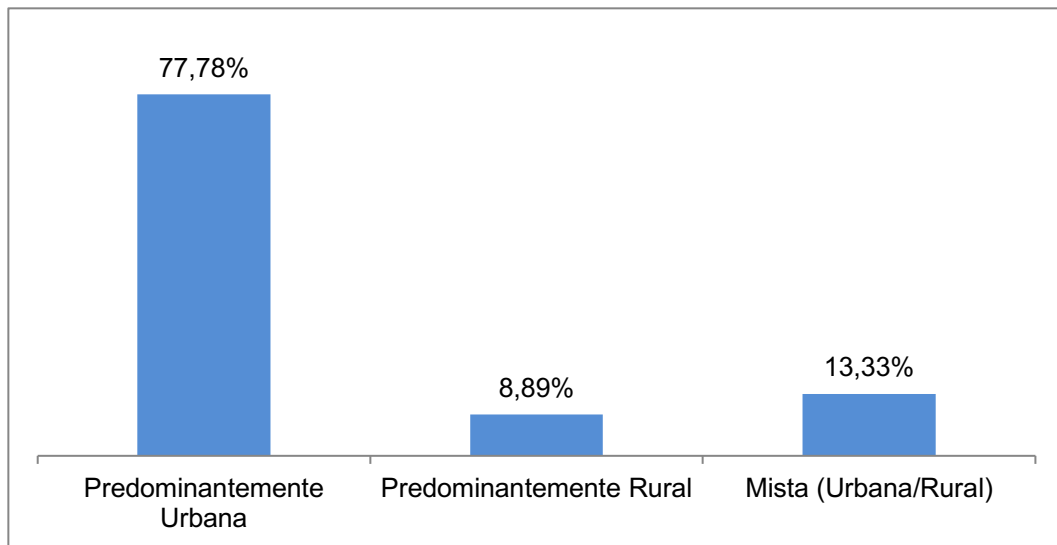
### 8.3 CONHECIMENTO SOBRE A POPULAÇÃO E O TERRITÓRIO

O conhecimento da população e do seu território fazem parte dos princípios da prática do médico especialista em medicina de família e comunidade, e, de forma comum, do profissional de saúde atuante na APS. Ademais, a prática da Estratégia Saúde da Família como modelo de assistência presente no SUS está orientada na relação dos serviços de saúde com a comunidade, de tal modo que as abordagens comunitária e territorial são fundamentais para a identificação da população adstrita, assim como das peculiaridades do espaço em que está inserida (97).

Portanto, para essa análise, buscou-se apresentar o cenário em que os participantes da pesquisa estavam inseridos no DF, além da identificação sobre a sua participação no diagnóstico de problemas de saúde de suas áreas de abrangência e da identificação de fatores de risco presentes no território. No entanto, como limitação do estudo, a população atendida pela APS foi analisada a partir apenas da perspectiva do médico, sendo necessário maior aprofundamento na percepção do fornecimento desses serviços na perspectiva do usuário.

Foi observado entre os profissionais pesquisados que seus cenários de atuação eram predominantemente urbanos (77,78%), enquanto 8,89% estavam inseridos em áreas predominantemente rurais. Por fim, 13,3% identificaram seus cenários de atuação como mistos, ou seja, com características tanto urbanas como rurais.

**Gráfico 21** – Percentual de médicos participantes por tipo de cenário de atuação, 2020



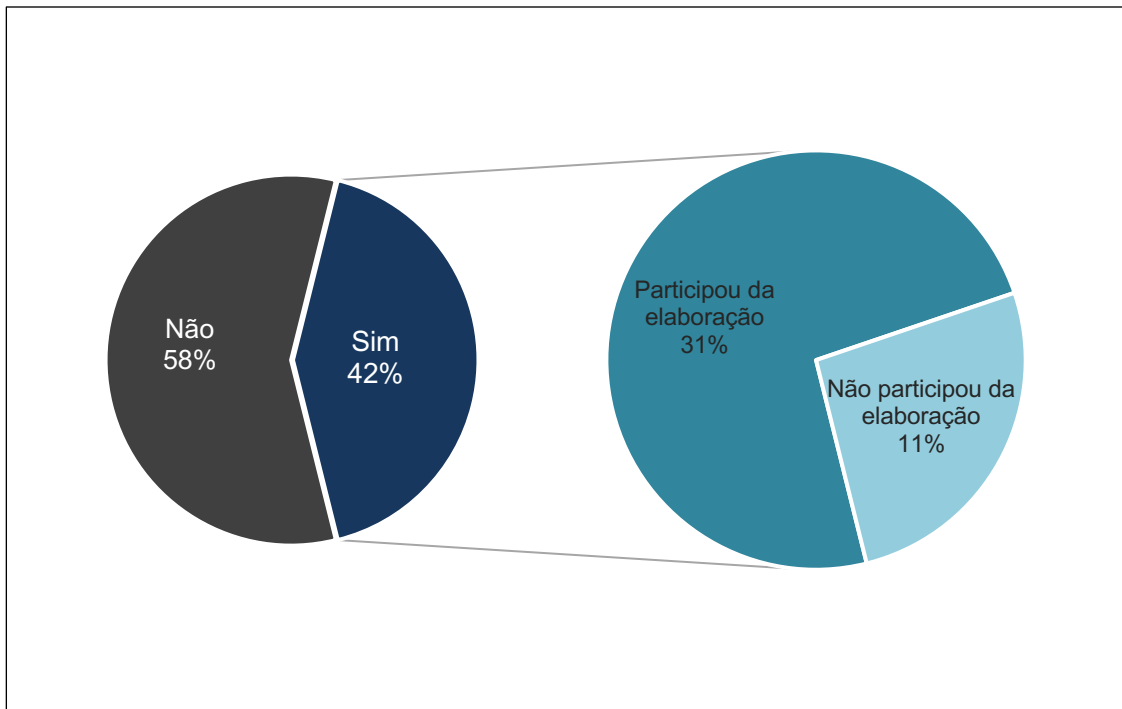
Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

De acordo com Monken e Barcellos (98), a realização de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida em que vive a população da área de abrangência da equipe Saúde da Família tem como finalidade a identificação de fatores de risco e necessidades em saúde presentes no território. Essa compreensão ajuda a equipe de saúde, os gestores e a própria população a atuar nas causas desses problemas, na busca por soluções e na identificação de potencialidades locais, de forma a melhorar a situação de saúde daquele local.

Dessa forma, os participantes foram questionados se dispunham de diagnóstico dos problemas de saúde e dos fatores de risco mais importantes em seus territórios de atuação, além de identificar sua participação nesse processo. Viu-se que 58% dos participantes não possuíam esse diagnóstico, enquanto 42% sim. A partir do grupo que disse ter essas informações, buscou-se identificar se elas haviam sido coletadas com sua participação. Assim, 31% do total de servidores confirmou ter feito parte da elaboração desse processo, enquanto 11% possuíam a análise em mãos, mas não fizeram parte de sua elaboração.



**Gráfico 22** – Percentual de médicos pesquisados por realização de estudo de diagnóstico de problemas de saúde e fatores de risco no território e participação na sua elaboração, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

Esse achado pode sugerir dificuldades por parte dos médicos inseridos na Estratégia Saúde da Família da SES-DF na realização de ações de abordagens comunitária e territorial, uma vez que o conhecimento dos problemas de saúde e fatores de risco presentes na área de atuação são aspectos direcionadores do trabalho assistencial que é realizado na APS. Essa orientação dos aspectos presentes na comunidade faz parte da característica que define e diferencia o modelo de APS aplicado pelo SUS no Brasil da Estratégia Saúde da Família, tornando-se necessário o fornecimento de ferramentas que auxiliem o médico e a equipe de saúde a fazerem esse levantamento de informações-chave para a melhoria da saúde da sua população adstrita.

## 8.4 ATUAÇÃO EM EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A atuação do profissional médico nas equipes de saúde da família no Distrito Federal foi analisada a partir de dados sobre a distribuição de atividades na sua carga horária semanal (atendimento individual ambulatorial, atendimento domiciliar, atividades coletivas e capacitação) e de informações sobre sua interação com a equipe multiprofissional.

A ênfase na análise desses aspectos foi motivada pela busca por maior compreensão sobre a diversidade de atuação possível na atenção primária à saúde, tendo em vista a oportunidade de uma melhoria do cuidado da população por meio de ações efetivas e de caráter interdisciplinar e interprofissional.

### 8.4.1 Distribuição de Carga Horária Semanal

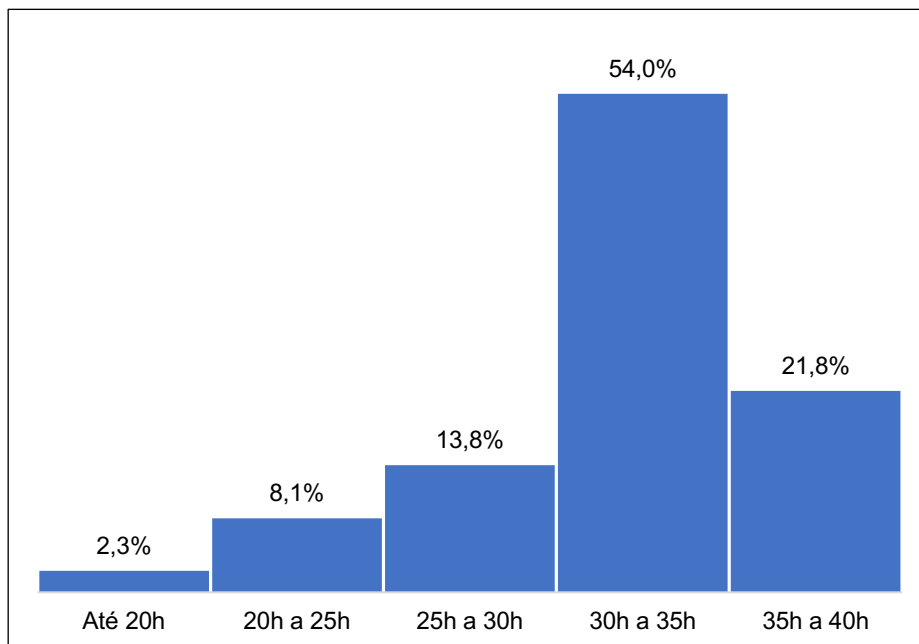
Para a análise da agenda semanal do médico da APS no DF, foram utilizadas as seguintes atividades: atendimento individual ambulatorial, entendido como o atendimento clínico do paciente feito na Unidade Básica de Saúde; atendimento domiciliar, em que o médico e/ou a equipe se deslocam até o domicílio do paciente para prestar o cuidado do paciente ou de sua família; atividades coletivas, em prol de cuidados de prevenção e promoção da saúde, realizadas nas UBSs ou em espaços na comunidade, usualmente voltadas a temas em saúde observados pelos profissionais da equipe como estratégicos conforme o perfil da população do território; e capacitação, voltada para o aprimoramento profissional, como a participação em atividades de educação permanente em saúde.

De acordo com a regulamentação da carreira pela SES-DF, o médico da estratégia saúde da família usualmente possui uma carga horária total na assistência de 40 horas, tendo, em casos particulares, cessão de parte ou de total desse tempo para atividades administrativas

ou educacionais na própria estrutura da SES-DF ou em outras instituições. Para a presente pesquisa, foram excluídos aqueles médicos que estavam integralmente alocados nessas atividades especiais, porém mantiveram-se os que utilizavam apenas parte de suas cargas horárias semanais nesses serviços.

Os atendimentos ambulatoriais individuais apresentam maiores porcentagens de dedicação da carga horária semanal. As maiores porcentagens são daqueles que dedicam de 30 a 35 horas (54%) e de 35 a 40 horas (21,8%). As porcentagens relacionadas com aqueles que cumprem menos de 25 horas de atendimentos ambulatoriais individuais podem se dever à participação dos médicos com carga horária cedida para atividades fora da assistência à saúde na APS acima ou igual a 20 horas.

**Gráfico 23** – Percentual de médicos por carga horária semanal (em horas) dedicada para atendimentos ambulatoriais individuais, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

Ainda que esperada uma carga horária proporcionalmente mais elevada para atendimentos ambulatoriais individuais na APS, ao se considerar que o servidor cumpre jornada

de 40 semanais, torna-se necessário pontuar a importância dada a esse tipo de atendimento em detrimento de demais atividades que podem ser realizadas nesse âmbito de assistência.

No atendimento ambulatorial individual é possível abordar questões voltadas à promoção da saúde, à prevenção de doenças, à cura, à reabilitação e aos cuidados paliativos, sendo assim o momento de maior expectativa de resolutividade para as pessoas que buscam o serviço de saúde. Ainda que seja uma modalidade de atendimento adequada para dar resposta imediata às necessidades em saúde individuais, ela pode ser pensada como parte de uma proposta mais ampla de cuidado, que inclui outros tipos de atendimento capazes de promover mudanças na saúde de pessoas, famílias ou comunidades (97).

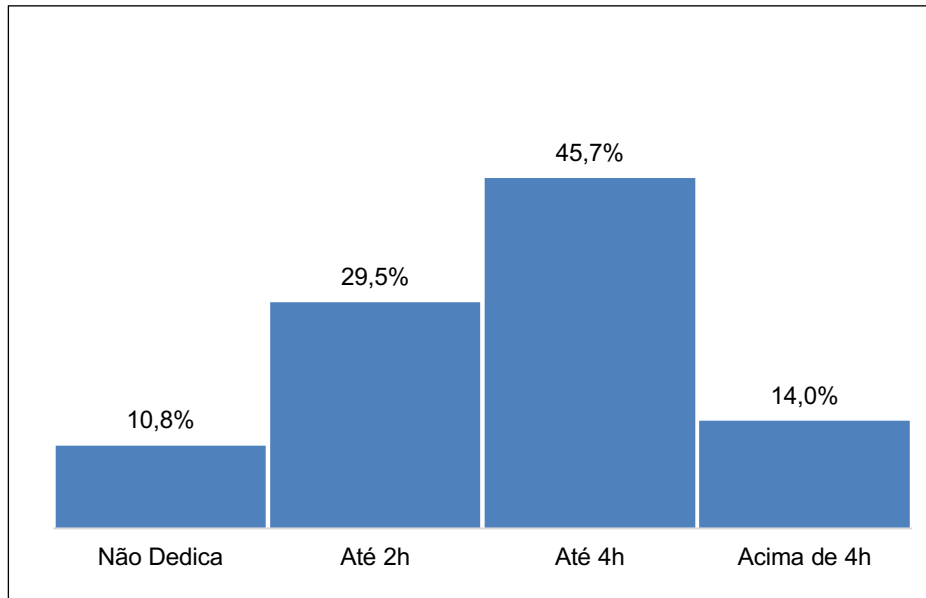
Em estudo comparativo de Koch e colaboradores (99), realizado em países desenvolvidos, foi avaliado o percentual dedicado ao atendimento ambulatorial individual, observando-se uma variação entre 66% e 67% de horas na Noruega e Suécia, respectivamente, chegando a 87% na Austrália. Dados que podem sugerir mudanças no padrão de atendimento na APS em contexto internacional, de forma a incentivar outras práticas em saúde.

Foram também analisadas outras ferramentas de abordagem em saúde presentes na atenção primária. Buscou-se investigar a associação entre a formação profissional em Medicina de Família e Comunidade com a carga horária semanal dedicada aos atendimentos individuais e domiciliares, às atividades coletivas e à capacitação, porém as hipóteses não foram estatisticamente significantes.

O atendimento domiciliar é uma alternativa de cuidado, muito característico da APS, em especial do modelo de ESF, que tem Agentes Comunitários de Saúde como recursos do território capazes de aproximar as pessoas na comunidade com os profissionais nas UBSs, identificando com maior clareza as necessidades específicas por parte da população de abrangência da equipe. Neste estudo, notou-se uma maior frequência de médicos dedicando até quatro horas de suas agendas semanais para o atendimento no domicílio do paciente (45,7%),

seguido de aproximadamente 29,5% que dedicam até duas horas semanais, 14% que dedicam acima de quatro horas e 10,8% que não realizam esse tipo de atendimento.

**Gráfico 24** – Percentual de médicos por carga horária semanal (em horas) dedicada para atendimentos domiciliares, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

A Política Nacional de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde propõe a organização desse cuidado em três modalidades: AD1, responsabilidade das equipes de Saúde da Família, na APS; e AD2 e AD3, realizadas pelas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (Emad), apoiadas pelas equipes multiprofissionais de apoio (Emap) (100).

Essa definição reforça o papel da APS como principal fornecedora de assistência domiciliar no SUS, tornando-se essencial para os profissionais da eSF a compreensão das dinâmicas pessoais e familiares dentro do domicílio, de forma a identificar esse local como centro da rede de cuidados com o potencial para esclarecer processos de adoecimento e guiar intervenções capazes de potencializar a produção de saúde (97,101).

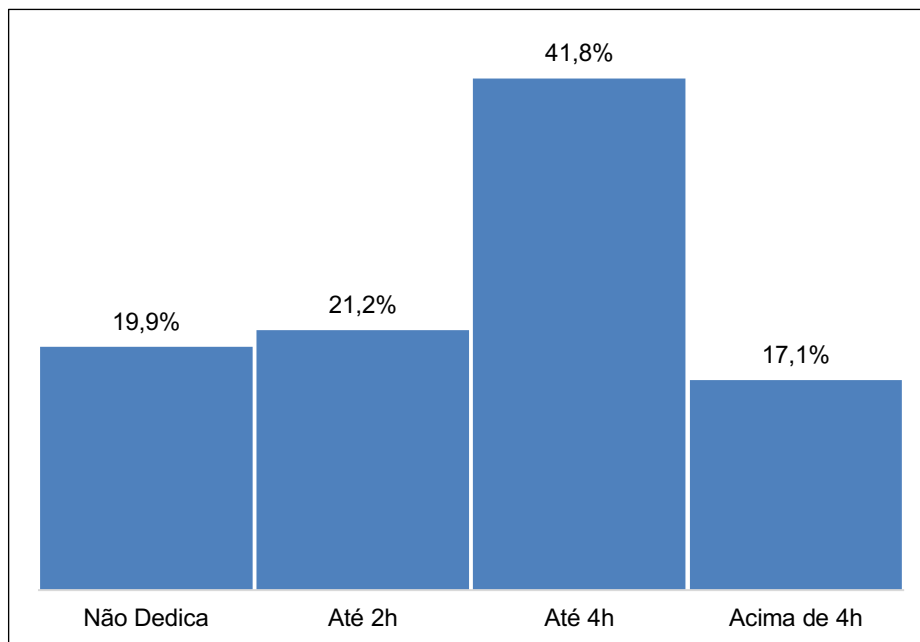
O achado de que 40,4% dos médicos da ESF da SES-DF não realizam atendimentos domiciliares ou dedicam até duas horas de sua carga horária semanal a isso pode ser lido como

uma baixa priorização política da assistência domiciliar no modelo atual de APS do Distrito Federal. A pouca carga horária dedicada aos atendimentos domiciliares pode ter relação com: a sobrecarga de trabalho dentro das Unidades Básicas de Saúde, causada por uma demanda reprimida em áreas com menor cobertura de Estratégia Saúde da Família; as distâncias territoriais elevadas, principalmente em áreas rurais, somadas a escassos recursos de transporte que permitam a mobilização da equipe até o domicílio do paciente; e a situação de violência e vulnerabilidade de alguns territórios (97).

Além desses obstáculos, destaca-se a falta de capacitação adequada do médico inserido na APS da SES-DF, uma vez que é ele, fazendo uso das suas habilidades de planejamento e identificação da situação, que vai indicar o atendimento domiciliar para o cuidado de pacientes específicos. Torna-se necessário o apoio da SES-DF para que as eSF ofereçam assistência domiciliar, por meio de: estratégias de capacitação profissional; organização dos serviços de atenção primária, de forma a permitir que a equipe consiga atuar diretamente em seu território; e provimento de recursos para o deslocamento desses profissionais (97,102).

Outra ferramenta de abordagem em saúde comumente utilizada pelo médico na Estratégia Saúde da Família são as atividades coletivas, muitas vezes identificadas como os grupos, sejam eles de educação em saúde, terapêuticos ou de práticas integrativas e complementares em saúde (Pics). A maior parte dos médicos pesquisados caracterizou-se principalmente por dedicar entre duas e quatro horas de sua carga horária semanal para atividades coletivas, representando 41,8% da amostra, seguido por profissionais que ofertam até duas horas semanais (21,2%). Ainda, 19,9% dos entrevistados não destinam carga horária alguma para as atividades coletivas, enquanto 17,1% fornecem mais de quatro horas a esse tipo de serviço.

**Gráfico 25** – Percentual de médicos por carga horária semanal (em horas) dedicada para atividades coletivas, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

As atividades coletivas são ferramentas de abordagem em saúde que utilizam o compartilhamento de vivências e saberes relacionados com um contexto comum a um grupo de pessoas. Objetiva-se, por parte da APS, dar uma resposta às necessidades de saúde presentes em cada território de ação. Para tal, utiliza o vínculo e o estabelecimento de relações emocionais das pessoas do grupo entre si e com os profissionais da equipe de saúde (97).

Por meio dessa abordagem, utilizando-se de ações interdisciplinares, torna-se possível a atuação em situações mais complexas, indo além do binômio saúde-doença no plano individual, no aprofundamento sobre a conjuntura vivenciada pela população e na busca de respostas para essas demandas (2).

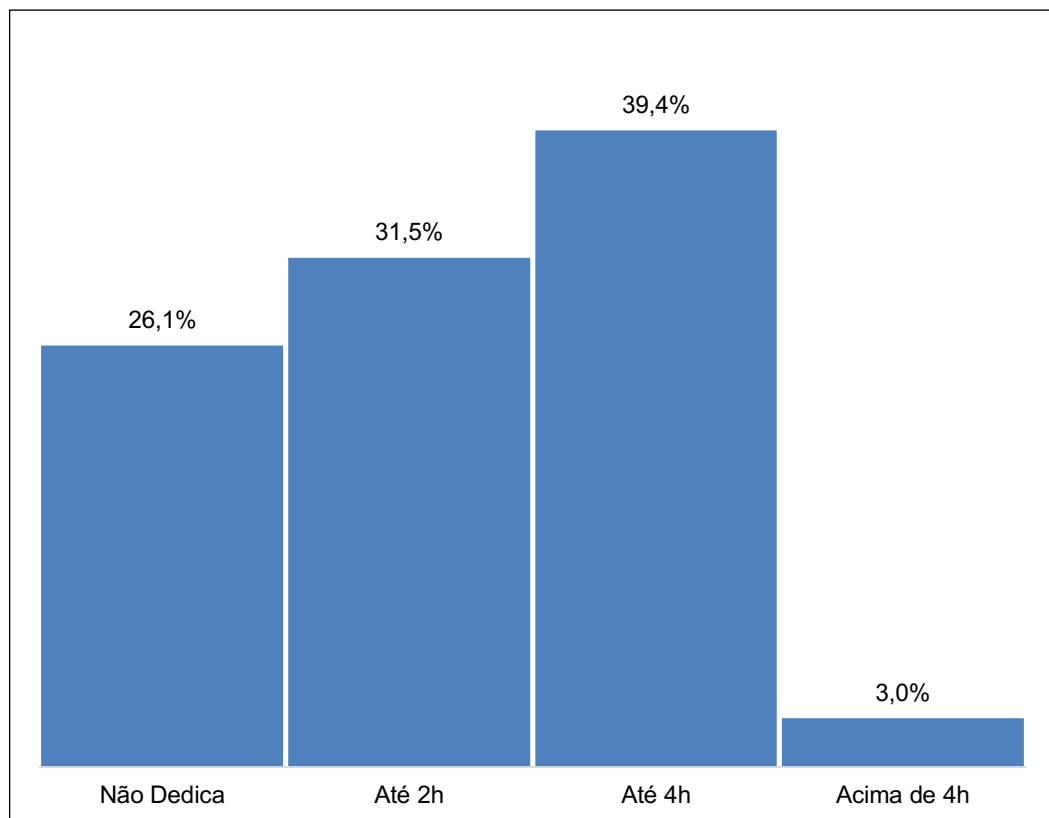
A somatória de 80,1% de médicos que dedicam alguma carga horária de suas semanas para grupos pode sugerir que na SES-DF existe uma boa compreensão sobre a utilidade das atividades coletivas como possibilidade de atuação na atenção primária à saúde. Essa percepção dos profissionais sugere relação com a identificação dos problemas de saúde

presentes na comunidade, a constatação de habilidades apropriadas para a condução de grupos e o reconhecimento de que as atividades coletivas não são apenas formas de compensação das dificuldades de realização de atendimentos individuais por excesso de demanda (97).

Por outro lado, 19,9% de médicos que não realizam atividades coletivas em suas UBSs pode sugerir dificuldades de compreensão sobre as potencialidades dessas ferramentas na abordagem comunitária nas áreas de atuação de suas eSFs.

No que tange à dedicação semanal para atividades de capacitação profissional, cerca de 39,4% dos médicos servidores investiu nisso de duas a quatro horas, seguido de 31,5% com até duas horas, 26,1% que não direcionam nenhuma hora para a capacitação e 3% que destinaram mais de quatro horas.

**Gráfico 26** – Percentual de médicos por carga horária semanal (em horas) dedicada para a capacitação, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor



Embora tenha sido notada uma maior frequência de destino de até quatro horas da carga horária semanal para atividades de capacitação por parte dos servidores estudados, correlaciona-se esse achado com o discutido no item 8.1.3, em que observou-se uma redução de aproximadamente 15% na participação de atividades de capacitação em Saúde da Família pelo médico após o ingresso na SES-DF. Essa correlação pode sugerir que, apesar de o servidor buscar formas de qualificação profissional, essas oportunidades não são sistematicamente fornecidas pela SES-DF como incentivo.

Portanto, a instrumentalização de ferramentas de educação permanente em saúde na Estratégia Saúde da Família no DF pode incentivar a qualificação profissional dentro do contexto do SUS em que esses trabalhadores estão inseridos. A discussão presente em atividades de educação multiprofissionais e interdisciplinares pode promover a aproximação das compreensões teóricas daquelas práticas habituais em seus serviços, de forma a desenvolver um aprendizado que tenha um significado para os profissionais envolvidos no processo (103).

#### 8.4.2 Interação com a Equipe Multiprofissional

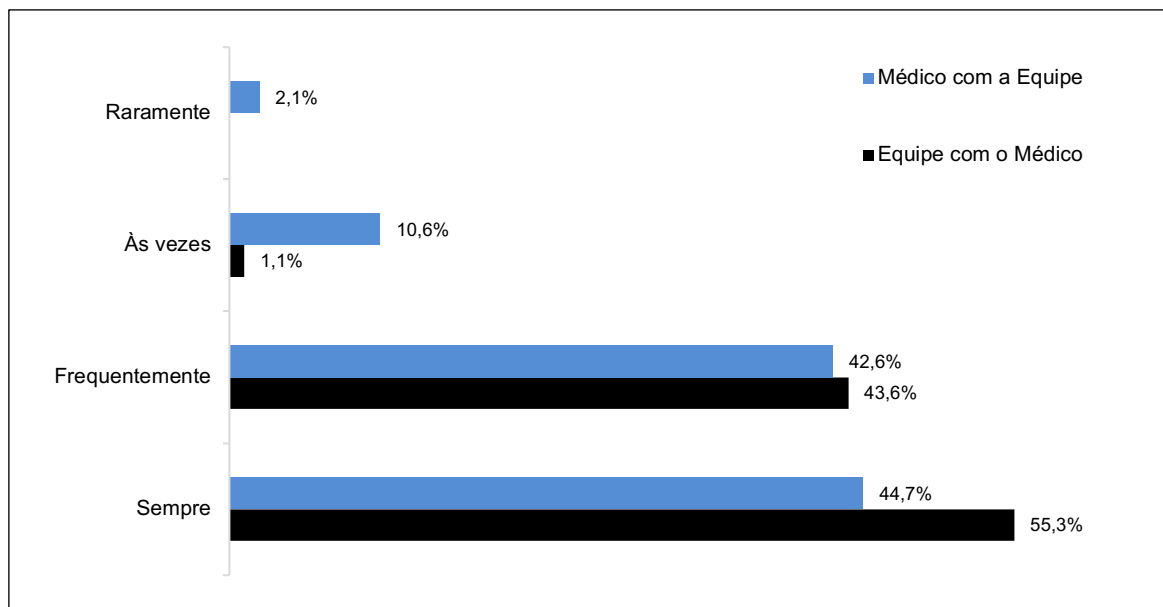
O trabalho em equipe multiprofissional foi incentivado na atenção primária à saúde do SUS desde o Programa Agentes Comunitários de Saúde, reforçado com o Programa Saúde da Família e posterior Estratégia Saúde da Família, trazendo mudanças na perspectiva sobre o médico como cerne da provisão do cuidado da população. A compreensão das complexidades da saúde, assim como das diversas necessidades por parte da pessoa que busca a APS, sob as lógicas de integralidade e longitudinalidade do SUS, sugere que esse cuidado se torna limitado quando provido apenas pelo médico (97).

Foi analisada a colaboração do médico com a equipe de Saúde da Família e desta com o médico a partir das percepções do grupo de profissionais pesquisados. Para essa variável,

foi utilizada a *Escala Likert* com os termos de frequência “Sempre”, “Frequentemente”, “Às vezes”, “Raramente” e “Nunca”. Deve-se ressaltar que foi avaliada apenas a percepção dos médicos quanto aos aspectos relacionados à colaboração com a equipe, sendo essa uma limitação deste estudo. Portanto, tomam-se como oportunas as futuras análises com a mesma temática que envolvam as demais categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família.

A categoria “Sempre” obteve maior frequência nas duas formas de busca por colaboração. No entanto, a procura da equipe pelo médico foi 10% superior ao inverso. Essa variação ocorre à custa da categoria “Às vezes”, que obteve a mesma diferença, só que com a percepção da busca de colaboração do médico pela equipe. As demais frequências obtiveram valores semelhantes. A categoria “Frequentemente” foi a segunda mais observada, com valores próximos entre os dois tipos de busca por colaboração, enquanto a categoria “Nunca” não foi escolhida por nenhum participante da pesquisa.

**Gráfico 27** – Percentual de participantes de acordo com a percepção sobre a busca por colaboração do médico com a equipe e da equipe com o médico, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

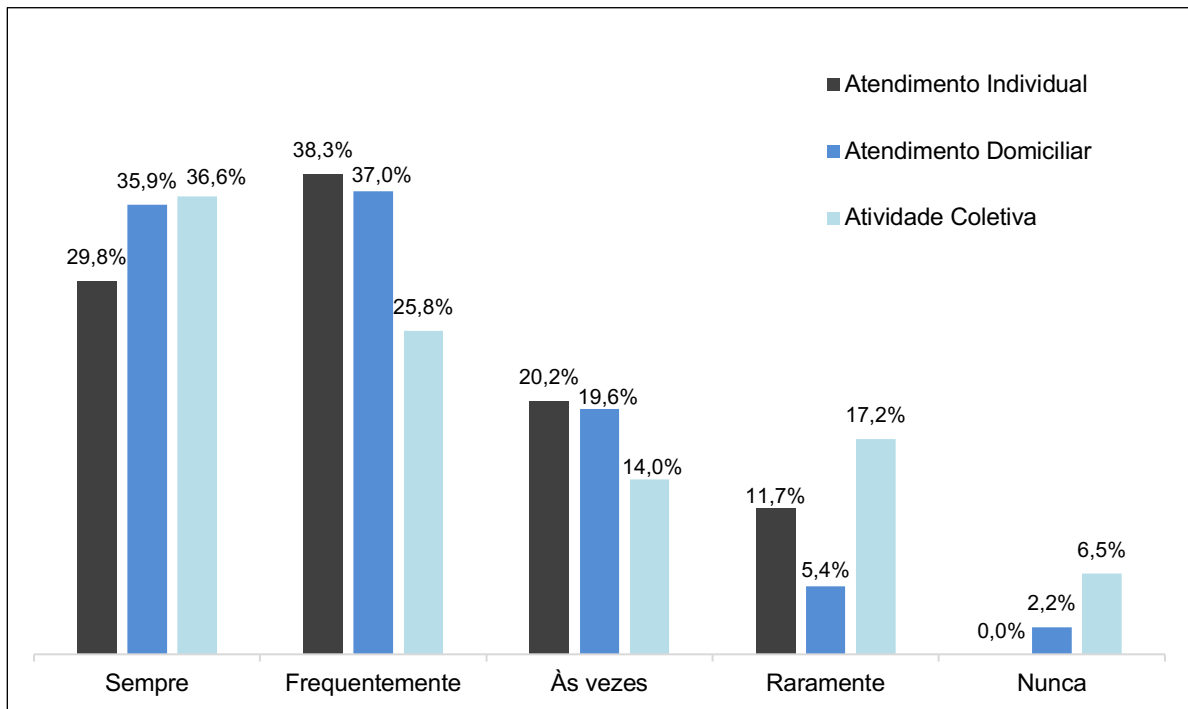
Os resultados mostram que o médico colabora bem com a equipe de Saúde da Família, sendo essa compreensão importante para o desenvolvimento de práticas que busquem

a integralidade do cuidado no trabalho na Atenção Primária à Saúde. No entanto, por meio dessa observação, também se nota que o médico percebe que a equipe busca sua colaboração com maior frequência do que ele busca a colaboração da equipe.

Isso pode sugerir que, apesar de a reformulação da assistência primária à saúde ter reduzido o enfoque no profissional médico, ele ainda figura como protagonista desses serviços. Isso, por sua vez, pode ter relação com o papel de liderança já esperado desse profissional, somado à crescente qualificação técnica voltada para o trabalho em equipe multiprofissional que acompanha o desenvolvimento da APS no Distrito Federal e no Brasil, seja pela residência médica, pela especialização ou mesmo pelo tempo de atuação na área (97).

Também foi analisada a percepção de colaboração com a equipe de acordo com o atendimento individual ambulatorial, o domiciliar ou a atividade coletiva por meio da *Escala de Likert*. Em relação aos atendimentos individuais, registrou-se maioria entre os médicos que consideraram essa colaboração como “Frequentemente”, com cerca de 38,3%, seguida de “Sempre”, com 29,8%. No entanto, as percepções de “Às vezes”, “Raramente” e “Nunca” somaram 31,9%. Quanto aos atendimentos domiciliares, a colaboração com a equipe foi semelhante: as percepções “Frequentemente” e “Sempre” obtiveram os percentuais de 37% e 35,9%, respectivamente, enquanto “Às vezes”, “Raramente” e “Nunca” somaram 27,2%. Por fim, as percepções sobre a colaboração com a equipe no que diz respeito às atividades coletivas tiveram percentuais maiores de “Sempre”, com 36,6%, e “Frequentemente”, com 25,8%. “Às vezes”, “Raramente” e “Nunca” somaram 37,7%.

**Gráfico 28** – Percentual de participantes de acordo com a percepção sobre a colaboração com a equipe por tipo de atividade, 2020



Fonte: Protocolo de pesquisa elaborado pelo autor

Apesar de se identificarem tendências semelhantes nas percepções sobre a colaboração com a equipe nos tipos de atividades analisadas, é possível perceber que essa colaboração ocorre principalmente nos atendimentos ambulatoriais individuais nas UBSs e nos atendimentos domiciliares. Já nas atividades coletivas, essa colaboração, ainda que frequente, é percebida como menor quando comparada às outras modalidades de atendimento.

Esse achado pode se contrapor à proposta de multidisciplinaridade da APS, visto que, nas atividades coletivas, é possível a atuação de diferentes profissionais no debate acerca de um tema específico com o objetivo comum de melhoria da saúde do grupo em questão. Essa multidisciplinaridade própria de um grupo multiprofissional permite maior integralidade na atenção primária à saúde, maior resolutividade e qualidade do serviço prestado.

## 9 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A execução deste estudo fez parte de um esforço em busca de uma maior compreensão sobre o desenvolvimento da atenção primária à saúde no Distrito Federal, tendo como foco de análise o profissional médico na Estratégia Saúde da Família. De tal modo, o detalhamento do perfil profissional permitiu identificar particularidades e oportunidades de mudanças nesse nível de cuidado, possibilitando melhorias na assistência à população.

A pesquisa demonstra que no quadro de médicos atuantes na APS da SES-DF são majoritários os profissionais do gênero feminino, cada vez mais jovens, com graduação concluída nos últimos dez anos e provenientes do próprio DF. Quanto à qualificação profissional, observou-se que o quadro é composto em maioria expressiva por Médicos de Família e Comunidade reconhecidos por meio de residência ou título de sociedade. Esse achado torna-se ainda mais significativo quando também se observa a alta taxa de realização de pós-graduação em todas as suas modalidades, seja especialização, mestrado, doutorado ou livre-docência – e que, neste estudo, foi majoritária nas áreas de Medicina de Família e Comunidade, Saúde Coletiva e Ensino em Saúde.

Apesar desse achado acerca da qualificação profissional do médico, foi também identificado que sua motivação tem mais relação com o desenvolvimento pessoal do que por incentivos da SES-DF. Sendo assim, apresenta-se como uma das recomendações deste trabalho o estímulo à qualificação profissional por parte da instituição, principalmente em atividades de educação permanente envolvendo não só o médico, como toda a equipe, perpassando o contexto em que estão inseridos na APS.

Na análise de quatro períodos relacionados com mandatos governamentais distritais, foi percebida uma maior admissão de médicos na APS a partir de 2007, dado correlacionado na pesquisa com a estruturação política da Estratégia Saúde da Família em 2006. No entanto, esse dado se tornou mais expressivo apenas a partir de 2015, o que, somado a uma

associação positiva com a variável de cobertura de ESF em todo território, nesses mesmos períodos, sugere um maior enfoque nessa política como modelo de atenção primária à saúde no Distrito Federal com retardo de mais de cinco décadas, levando em consideração o início de sua história de saúde pública.

Quanto à interação com a rede de serviços, o médico da atenção primária tem utilizado as ferramentas de interlocução com outros pontos da rede, seja para encaminhamento do paciente para outro nível de assistência, como a regulação, seja para um apoio em casos complexos. No entanto, a persistência no uso de ferramentas menos efetivas sugere a necessidade de incentivo profissional para o uso correto desses mecanismos. Faz-se, então, outra recomendação à SES-DF, para capacitar os profissionais de sua rede a utilizar apropriadamente os instrumentos disponíveis, como a regulação e o telessaúde.

O médico da atenção primária no DF deste estudo reconhece o perfil rural ou urbano de seu território, porém não possui diagnóstico claro dos problemas de saúde e fatores de risco de sua população adstrita. Recomenda-se, então, equipar esse profissional e sua equipe com ferramentas teóricas e práticas de abordagem territorial e comunitária.

Sobre a distribuição da carga horária semanal, deduz-se que o médico da atenção primária no Distrito Federal prioriza os atendimentos ambulatoriais individuais em detrimento dos atendimentos domiciliares e das atividades coletivas. Portanto, é feita outra recomendação: de que a SES-DF apoie as equipes de saúde da família no provimento de assistência domiciliar e no aprimoramento de atividades coletivas, seja por meio de estratégias de capacitação profissional, da organização local dos serviços de atenção primária e do provimento de recursos de infraestrutura e transporte.

A análise sobre a interação com a equipe multiprofissional mostrou que o médico ainda se mantém como protagonista dos cuidados primários. A colaboração com a equipe ocorre principalmente nos atendimentos ambulatoriais individuais nas UBSs e nos

atendimentos domiciliares, ou seja, com menos frequência nas atividades coletivas. Sugere-se, dessa forma, a necessidade de atividades de educação permanente nos cenários da SES-DF acerca do trabalho em equipe multiprofissional e de sua potencial resolutividade na atenção primária.

O presente estudo delineou o perfil do médico da Estratégia Saúde da Família, modelo de atenção primária à saúde no Distrito Federal, a partir de aspectos demográficos e profissionais, assim como de sua interação com a equipe multiprofissional e rede de serviços. Foram levantadas particularidades da atual organização da atenção primária, notadamente influenciadas pela trajetória de políticas de saúde no decorrer da história de saúde pública do DF. Inclui decisões recentes que são definidoras do momento atual de organização da rede de serviço. Entre elas, a definição da Estratégia Saúde da Família como único modelo de atenção primária à saúde.

As particularidades da atenção primária à saúde do Distrito Federal que foram identificadas como passíveis de melhoria foram resumidas em recomendações propostas para o governo local neste capítulo. No entanto, além das sugestões feitas no estudo, os resultados obtidos podem suscitar novas propostas pelos gestores, sendo esse potencial de influência em decisões políticas voltadas para a atenção primária uma das justificativas de desenvolvimento da pesquisa.

Identifica-se ainda a necessidade de manutenção do interesse político local na organização dos serviços de saúde no Distrito Federal com enfoque na atenção primária à saúde, ponto essencial para a avaliação a longo prazo da política em questão. Portanto, o desenvolvimento de estudos acadêmicos sobre a atenção primária, que mostrem resultados sólidos de melhoria da saúde da população, permitindo melhor acesso aos serviços, com atenção integral e resolutiva, é fundamental para a solidificação da Estratégia Saúde da Família como política permanente no Distrito Federal.

## REFERÊNCIAS

1. 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)*. [Tese] [Internet]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade de Brasília; 2010. [Acesso em 03 mar 2019]. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7013/1/2010\\_LeilaBernardaDonatoGotttems.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7013/1/2010_LeilaBernardaDonatoGotttems.pdf).
2. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
3. Penn LD of. *Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920*. London: His Majesty's Stationery Office; 1920. [Acesso em 03 mar 2019]. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>.
4. World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS, 6-12 September, 1978. [Acesso em 03 mar 2019]. Disponível em: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).
5. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2010 [Acesso em 03 mar 2019], 10 Supl 1:14-27. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000500002&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500002&lng=pt&tlng=pt).
6. Hildebrand SM. *O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal: 1997 a 2006*. [Tese] [Internet]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2008. [Acesso em 03 mar 2019]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/11977>.
7. Bentzen BG, Bridges-Webb C, Carmichael L, Ceitlin J, Feinbloom R, Metcalf D, *et al*. *The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems: a Statement From Wonca*, 1991 [Internet]. Bangkok, Thailand: Wonca; 1991. [Acesso em 03 mar 2019]. Disponível em: <https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf>.
8. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet* [Internet]. 2018 [Acesso em 03 mar 2019], 392 (10156):1461-1472. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31829-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31829-4/fulltext).
9. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis* [Internet]. 2017 [Acesso em 03 mar 2019], 27 (2):255-76. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=pt&tlng=pt).



10. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health* [Internet]. 2004 [Acesso em 03 mar 2019], 94 (11):1864-1874. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553/>.
11. Sanders D, Schaay N, Mohamed S. Primary Health Care. In: Quah SR, editora. *International Encyclopedia of Public Health* [Internet]. 2 ed. Cape Town, South Africa: Academic Press; 2017. p. 5-14. [Acesso em 03 mar 2019]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128036785003532>.
12. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Alma-Ata 1978. Cuidados Primários de Saúde* [Internet]. Brasília: Unicef, OMS; 1979. [Acesso em 03 mar 2019]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf;jsessionid=C51983261E9520145A85632BCCE04E20?sequence=5](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=C51983261E9520145A85632BCCE04E20?sequence=5).
13. Barkley S, Starfield B, Shi L, Macinko J. The contribution of primary care to health systems and health. In: Kidd M, Heath I, Howe, A, editores. *Family Medicine: The Classic Papers*. London: CRC Press; 2016. p. 191-239.
14. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet* [Internet]. 2008 [Acesso em 04 mar 2019], 372 (9642):917-27. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18790315/>.
15. Giovanella L. Basic health care or primary health care? *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2018 [Acesso em 04 mar 2019], 34(8):1-5. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=pt&tlng=pt).
16. The Lancet. A renaissance in primary health care. *The Lancet* [Internet]. 2008 [Acesso em 05 de março de 2019], 372(9642):863. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61369-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61369-0/fulltext).
17. Mendes IAC. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. maio/jun. 2004 [Acesso em 06 mar 2019], 12(3):447-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000300001&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300001&lng=pt&tlng=pt).
18. World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion* [Internet]. First International Conference for Health Promotion. Ottawa: WHO; 1986. [Acesso em 04 mar 2019]. Disponível em: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf).
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 56p.
20. Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet* [Internet]. 1994 [Acesso em 04 mar 2019], 344(8930):1129-1133. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(94\)90634-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(94)90634-3/fulltext).

21. United Nations. *Resolution adopted by General Assembly on 25 september 2015* [Internet]. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. General Assembly, 70th Session; 2015. [Acesso em 04 mar 2019]. Disponível em: [https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A\\_RES\\_70\\_1\\_E.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf).
22. Pettigrew LM, Maeseneer J De, Anderson M-IP, Essuman A, Kidd MR, Haines A. Primary health care and the Sustainable Development Goals. *Lancet* [Internet]. 2015 [Acesso em 06 mar 2019], 386(10009):2119-21. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00949-6/references?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00949-6/references?code=lancet-site).
23. Unice, World Health Organization. *Declaration of Astana* [Internet]. Astana, Kazakhstan: WHO, Unicef; 2018. [Acesso em 06 mar 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>.
24. 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. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2019 [Acesso em 08 abr 2019], 35(3):1-6. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000300301](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000300301).
25. Mendes EV. A Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde. In: Mendes, EV. *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde* [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015. 19-44 p. [Acesso em 08 abr 2019]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>.
26. Brasil. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências* [Internet]. Brasília, 19 set. 1990 [Acesso em 08 de abril de 2019]. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm).
27. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 8 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. art. 196-200.
28. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: Mendonça MHM de, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
29. Brasil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. *Aprova a Norma Operacional Básica - NOB-SUS nº 01/91*. [Acesso em 06 abr 2019]. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20258\\_07\\_01\\_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20258_07_01_1991.pdf).
30. \_\_\_\_\_. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. *Edita a Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde para 1992 - NOB-SUS/92*. [Acesso em 06 abr 2019]. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234\\_07\\_02\\_1992.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf).

31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. *Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde - NOB-SUS 01/93*. [Acesso em 06 abr 2019]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html#:~:text=Estabelece%20normas%20e%20procedimentos%20reguladores,Básica%20%2D%20SUS%2001%20F93](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html#:~:text=Estabelece%20normas%20e%20procedimentos%20reguladores,Básica%20%2D%20SUS%2001%20F93).
32. \_\_\_\_\_. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. *Aprova a Norma Operacional Básica 01/96, a qual redefina o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde - NOB 01/96*. [Acesso em 06 abr 2019]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html).
33. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* [Internet]. 1998 [Acesso em 08 abr 2019], 8(2):11-48. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73311998000200002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311998000200002&lng=pt&tlng=pt).
34. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM de, Senna M de CM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2007 [Acesso em 08 abr 2019], 21(2-3):164–76. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt/>.
35. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde* [Internet]. (Coleção Para entender a Gestão do SUS). v. 3. Brasília: Conass; 2011. 197p. [Acesso em 08 abr 2019]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1380-atencao-primaria-e-promocao-da-saude-para-entender-a-gestao-do-sus-v-3-0&category\\_slug=colecacao-entender-a-gestao-do-sus-264&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1380-atencao-primaria-e-promocao-da-saude-para-entender-a-gestao-do-sus-v-3-0&category_slug=colecacao-entender-a-gestao-do-sus-264&Itemid=965).
36. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* [Internet]. 2011 [Acesso em 09 abr 2019], 377(9779):1778-97. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext).
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. *Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família*. [Acesso em 06 abr 2019]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf).
38. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Informes Técnicos Institucionais. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2000 [Acesso em 08 abr 2019], 34(3):316-19. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rsp/2000.v34n3/316-319/pt>.
39. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [Acesso em 10 abr 2019], 23(6):1903-14. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601903&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601903&script=sci_abstract&tlng=pt).

40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. (29 mar 2006); Seção 1, 71-76.
41. Viacava F, Oliveira RD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido J. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [Acesso em 10 abr 2019], 23(6):1751-62. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sus-oferta-acesso-e-utilizacao-de-servicos-de-saude-nos-ultimos-30-anos/16702?id=16702>.
42. Santos NR dos. 30 years of SUS: the beginning, the pathway and the target. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [Acesso em 10 abr 2019], 23(6):1729-36. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601729&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601729&script=sci_abstract).
43. Brasil. Ministério da Saúde. 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)*. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. (22 set 2017); Seção 1, 68.
44. 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. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2009 [Acesso em 04 mar 2019], 25(6):1409-19. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000600023&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600023&lng=en&nrm=iso).
45. Mello HB de. Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília. *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*, 1959, 11(1):7-121.
46. Göttems LBD, Almeida MO de, Raggio AMB, Bittencourt RJ. The Unified Health System in the Federal District, Brazil (1960 to 2018): revisiting history to plan the future. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [Acesso em 04 ago 2020], 24(6):1997-2008. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000601997&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000601997&script=sci_arttext&tlng=en).
47. Santana JP de, Piola SF, Vianna SM, Rodrigues V de A, Ramos Z do VO. *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*. Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2010. (Série Observação, 1). 192 p.
48. Santana JFP de. *Estudo sobre atenção à saúde infantil no projeto Planaltina: Planaltina - DF, 1978*. [Dissertação]. Brasília: Curso de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 1980.
49. Santana JP de, Castro JL de. *Os sanitaristas de Jucás e o agente de saúde: entrevista com Antonio Carlile Holanda Lavor e Miria Campos Lavor*. Natal, RN: Una; 2016. 134p.
50. Lavor ACH, Lavor MC, Lavor IC. Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional

para novas necessidades da saúde. *SANARE - Revista de Políticas Públicas* [Internet]. 2004 [Acesso em 16 jun 2020], 5(1):121-8. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/130/122>.

51. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal*. Brasília: GDF; 1980. p. 26.

52. Coelho Neto GC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2019 [Acesso em 16 jun 2020], 35(1):1-4. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000100502](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000100502).

53. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. *Plano Distrital*. Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal - estratégia de apoio à consolidação de redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília; 2010. p. 1-56. [Acesso em 16 jun 2020]. Disponível em: [http://www.mpdft.mp.br/saude/images/politicas\\_publicas/Plano\\_atencao\\_primaria\\_df.pdf](http://www.mpdft.mp.br/saude/images/politicas_publicas/Plano_atencao_primaria_df.pdf).

54. Lima JDG. *Transferência de recursos Fundo a Fundo na Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal: uma análise à luz do controle social nos anos de 2012 e 2013*. [Dissertação]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília; 2015.

55. 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. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [Acesso em 16 jun 2020], 24(6):2031-41. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000602031](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602031).

56. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Distrital de Saúde 2016-2019* [Internet]. Brasília; 2016. p. 1-103. [Acesso em 04 mar 2019]. Disponível em: [http://www.mpdft.mp.br/saude/images/politicas\\_publicas/Plano\\_distrital\\_saude\\_2016\\_2019.pdf](http://www.mpdft.mp.br/saude/images/politicas_publicas/Plano_distrital_saude_2016_2019.pdf).

57. \_\_\_\_\_. *Brasília Saudável: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal* [Internet]. Brasília; 2016. p. 1-29. [Acesso em 04 mar 2019]. Disponível em: [https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA\\_SAUDAVEL\\_DOCUMENTO\\_REFERENCIAL.pdf](https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf).

58. \_\_\_\_\_. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. *Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal*. Diário Oficial do Distrito Federal. (15 fev 2017); Ano XLVI, Edição nº 33. [Acesso em 04 mar 2020]. Disponível em: [http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02\\_Fevereiro/DODF\\_033\\_15-02-2017/DODF\\_033\\_15-02-2017\\_INTEGRA.pdf](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF_033_15-02-2017/DODF_033_15-02-2017_INTEGRA.pdf).

59. \_\_\_\_\_. 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*. Diário Oficial do Distrito Federal. (15 fev 2017); Ano XLVI, Edição nº 33. [Acesso em 04 mar 2020]. Disponível em: [http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02\\_Fevereiro/DODF\\_033\\_15-02-](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF_033_15-02-)

2017/DODF 033 15-02-2017 INTEGRA.pdf.

60. Fonseca HLP da. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [Acesso em 16 jun 2020], 24(6):1981-90. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232019000601981&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232019000601981&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
61. Gottens LBD, Pires MRGM, Calmon PCDP, Alves ED. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2013 [Acesso em 19 ago 2020], 22(2):511-520. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000200020](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200020).
62. Canuto FV de S. *A conversão do modelo de atenção primária à saúde no Distrito Federal e o médico especialista*. [Dissertação]. Brasília: Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz; 2019.
63. Scheffer M, coordenador, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018. 286p. [Acesso em 17 jun 2020]. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278#page/1>.
64. Mendes CL de A. *Perfil do profissional médico na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: um modelo em transição*. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Mestrado Profissional em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; 2015. [Acesso em 17 jun 2020]. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4547>.
65. Miranzi S de SC, Mendes CA, Nunes AA, Iwamoto HH, Miranzi MAS, Tavares DM dos S. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. *Revista Médica de Minas Gerais* [Internet]. 2010 [Acesso em 17 jun 2020], 20(2):189-97. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/312>.
66. Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da medicina no Brasil. *Revista Bioética* [Internet]. 2013 [Acesso em 17 jun 2020], 21(2):268-77. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a10v21n2.pdf>.
67. Oliveira MPR de, Menezes IHCF, Sousa LM de, Peixoto M do RG. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2016 [Acesso em 17 jun 2020], 40(4):547-59. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022016000400547&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022016000400547&script=sci_abstract&tlng=pt).
68. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil* [Internet]. [Acesso em 19 jun 2019]. Disponível em: [http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_uf/distrito-federal](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/distrito-federal).
69. Stralen ACSV, Massote AW, Carvalho CL, Girardi SN. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis* [Internet]. 2017 [Acesso em 19 jun 2020], 27(1):147-72. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103->

73312017000100147&script=sci\_abstract&tlng=pt.

70. Mello GA, Mattos ATR de, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2009 [Acesso em 19 jun 2020], 33(3):464-71. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022009000300017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022009000300017&script=sci_abstract&tlng=pt).

71. Nóbrega-Therrien SM, Souza PMM, Pinheiro FM da C, Castro VS de. Formação para a Estratégia Saúde da Família na Graduação em Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2015 [Acesso em 19 jun 2020], 39(1):112-8. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022015000100112](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100112).

72. Gérvas J, Fernández MP. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2006 [Acesso em 20 jun 2020], 9(3):389-400. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2006000300014&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2006000300014&script=sci_arttext&tlng=es).

73. Soranz DR. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2014 [Acesso em 19 jun 2020], 9(30):67-71. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/882>.

74. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [Acesso em 19 jun 2020], 21(5):1327-38. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232016000501327&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000501327&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).

75. Justino ALA, Oliver LL, Melo TP de. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [Acesso em 20 jun 2020], 21(5):1471-80. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501471&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501471&script=sci_abstract&tlng=pt).

76. 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. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [Acesso em 18 jun 2020], 24(6):2221-32. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000602221](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602221).

77. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2015. [Acesso em 04 mar 2019]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf).

78. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Edital n° 06, de 2 de março de 2018. *Concurso Público para Provimento de Vagas e Formação de Cadastro Reserva*

para Especialidades da Carreira Médica. Diário Oficial do Distrito Federal [Internet] Brasília 05 mar 2018. [Acesso em 04 mar 2019]. Disponível em: <http://www.economia.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/EDITAL-No-06-DE-2-DE-MAR%C3%87O-DE-2018.pdf>.

79. Governo do Distrito Federal. *Decretos de 06 de março de 2020*. Diário Oficial do Distrito Federal [Internet] Brasília, 6 mar 2020. [Acesso em 7 abr 2020]. Disponível em: [http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2020/03\\_Março/DODF%20023%2006-03-2020%20EDICAO%20EXTRA/DODF%20023%2006-03-2020%20EDICAO%20EXTRA.pdf](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2020/03_Março/DODF%20023%2006-03-2020%20EDICAO%20EXTRA/DODF%20023%2006-03-2020%20EDICAO%20EXTRA.pdf).

80. Machado MH, coordenadora. *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

81. Dias HS, Lima LD de, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [Acesso em 17 jun 2020], 18(6):1613-24. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=676385&indexSearch=ID>.

82. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. *Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica* [Internet]. [Acesso em 04 mar 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087\\_01\\_09\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html).

83. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. *Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências*. Diário Oficial da União [Internet] Brasília 23 out 2013. [Acesso em 17 jun 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/112871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/112871.htm).

84. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016. *Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências*. Diário Oficial do Distrito Federal. [29 abr 2016]; Nº 12, Edição Extra, Seções 1, 2 e 3.

85. \_\_\_\_\_. 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*. Diário Oficial do Distrito Federal [11 abr 2018]; Nº 69, 1-56. [Acesso em 17 um 2020]. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/92544ffe2f874e1288cde5c6d195214e/Decreto\\_38982\\_10\\_04\\_2018.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/92544ffe2f874e1288cde5c6d195214e/Decreto_38982_10_04_2018.html).

86. Brasil. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde* [Internet]. Brasília, 2020. [Acesso em 05 jul 2020]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

87. Guedes B de AP, Vale FLB do, Souza RW de, Costa MKA, Batista SR. A organização da Atenção Ambulatorial Secundária na SESDF. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [Acesso em 16 jun 2020], 24(6):2125-34. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232019000602125&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232019000602125&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).



88. Brasil. *Portal e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica* [Internet]. Brasília, 2020. [Acesso em 18 ago 2020]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
89. Seidl H, Vieira S de P, Fausto MCR, Lima R de CD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014 [Acesso em 16 jul 2020], 38(spe):94-108. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600094&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600094&script=sci_abstract&tlng=pt).
90. Ramos WTS, Quiulo LD, Andrade LDF de. A educação permanente no âmbito da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2018 [Acesso em 17 ago 2020], 1(1):35-45. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/556>.
91. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate* [Internet]. 2012 [Acesso em 18 ago 2020], 36(95):640-647. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a16v36n95.pdf>.
92. Silveira M da SD, Cazola LH de O, Souza AS de, Pícoli RP. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 [Acesso em 18 ago 2020], 42(116):63-72. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000100063](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100063).
93. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. *Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS* [Internet]. [Acesso em 18 ago 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)
94. Batista SR, Vilarins GCM, Lima MG de, Silveira TB. The Regulatory Complex for Health Care in the Federal District, Brazil and the challenge for integrating levels of health care. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [Acesso em 18 ago 2020], 24(6):2043-52. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000602043&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000602043&script=sci_abstract).
95. Juliani CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 1999 [Acesso em 19 ago 2020], 33(4):323-33. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62341999000400001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62341999000400001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
96. Harzheim E, Chueiri PS, Umpierre RN, Gonçalves MR, Siqueira AC da S, D'Avila OP, et al. Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2019 [Acesso em 19 ago 2020], 14(41):1881. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1881>.
97. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 2388p.

98. Barcellos C, Monken M. Instrumentos para o Diagnóstico Socio-Sanitário no Programa Saúde da Família. In: Fonseca AF, Corbo AMDA, organizadoras. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ; 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). p. 225-265.
99. Koch K, Miksch A, Joos S, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT. The German Health Care System in International Comparison: the Primary Care physicians' Perspective. *Dtsch Arztebl* [Internet]. 2011 [Acesso em 17 ago 2020], 108(15):255-61. Disponível em: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/84501/The-German-Health-Care-System-in-International-Comparison-the-Primary-Care-Physicians-Perspective>.
100. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. *Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas*. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. (26 abr 2016); Edição 78, Seção 1, 33.
101. Dias MB, Savassi LCM, Nunes MRMTP, Zachi MLR. A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios, e a valorização necessária da Atenção Primária a Saúde. *Journal of Management & Primary Health Care* [Internet]. 2015 [Acesso em 19 ago 2020], 6(1):1-7. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/239>.
102. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2006 [Acesso em 19 ago 2020], 15(4):645-53. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000400013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000400013&script=sci_abstract&tlng=pt).
103. Cavalcanti F de OL. *Educação Permanente em Saúde: entre o passado e o futuro*. [Tese]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto “O médico na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal”, sob a responsabilidade do pesquisador Arthur Lobato Barreto Mello. O objetivo desta pesquisa é caracterizar o perfil do médico inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Distrito Federal, em 2019.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa se necessário e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação será por meio de um questionário estruturado com 50 questões e com um tempo estimado de 12 minutos para sua realização.

O estudo terá utilização apenas para fins acadêmicos e de busca da melhoria da Atenção Primária à Saúde, com riscos mínimos de exposição de dados de forma não agrupada. Para reduzir estes riscos, os nomes dos pesquisados e das suas unidades serão mantidos anônimos e apenas serão divulgados na forma de dados agrupados ao fim da pesquisa. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o desenvolvimento de saberes sobre as políticas públicas em saúde no território do Distrito Federal. A realização deste trabalho poderá identificar pontos negativos referentes ao trabalho do médico da Estratégia Saúde da Família bem como utilizar os aspectos positivos como referência de incentivo a continuidade de implementação da ESF como modelo de Atenção Primária à Saúde.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Os possíveis riscos à sua saúde física e mental são mínimos, ou seja, a probabilidade e a magnitude de qualquer dano ou desconforto que possa ser previsto previamente não são maiores do que aqueles vivenciados no seu cotidiano.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão utilizados como dissertação do Mestrado em Políticas Públicas da FIOCRUZ-Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador por um período de 5 (cinco) anos. Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com Arthur Lobato Barreto Mello, no telefone (61) 994655995 ou pelo e-mail arthurmello91@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo CEP da FIOCRUZ-Brasília e pelo CEP da FEPECS-SES/DF. Serão enviados relatórios parciais semestrais e final do projeto de pesquisa aos CEPs, contados a partir da aprovação do protocolo de pesquisa. 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 obtidas através do telefone do CEP FIOCRUZ-Brasília: (61) 3329-4638, e-mail cepbrasil@fiocruz.br; ou CEP FEPECS-SES/DF (61) 2017-1145, ramal 6878, e-mail comitedeetica.secretaria@gmail.com.

\* 1. Concordo em participar do estudo e afirmo que estou ciente dos benefícios e dos possíveis riscos da minha participação:

Sim

Não

**BLOCO I – Aspectos Sócio profissionais**

\* 2. Lotação:

\* 3. Região de Saúde de lotação:

\* 4. Em que ano você nasceu?

\* 5. Gênero:

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não dizer
- Outro (especifique)

\* 6. Ano de conclusão da graduação médica:

\* 7. Unidade da Federação (UF) da graduação médica:

\* 8. Quando você entrou na Estratégia Saúde Família da SES-DF?

- Até 2002
- De 2003 a 2006
- 2007 a 2010
- 2011 a 2014
- 2015 a 2019

\* 9. Você fez residência médica?

- Sim
- Não

\* 10. Residência médica em: (Caso mais de uma, considerar mais recente)

- Medicina de Família e Comunidade
- Pediatria
- Ginecologia e Obstetrícia
- Clínica Médica
- Outro (especifique)

\* 11. Ano de conclusão da residência médica:

\* 12. Unidade da Federação (UF) da residência médica:

\* 13. Você tem título de especialista?

- Sim
- Não

\* 14. Qual a especialidade do seu título? (Caso mais de um, considerar mais recente)

- Medicina de Família e Comunidade  Clínica Médica
- Pediatria  Não tenho título
- Ginecologia e Obstetrícia
- Outro (especifique)

\* 15. Pós-graduação: (Caso tenha mais de uma, considerar a de maior grau)

- Especialização (Excluindo residência médica)
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado
- Livre Docência
- Não realizei pós-graduação/Somente realizei residência médica

\* 16. Identificar a especialidade dessa pós-graduação:

- Medicina de Família e Comunidade
- Pediatria
- Ginecologia e Obstetrícia
- Clínica Médica
- Outro (especifique)

\* 17. Ano de conclusão dessa pós-graduação:

\* 18. Unidade da Federação (UF) da pós-graduação

\* 19. Você mudou de especialidade de atuação na SES-DF no processo de transição de modelo da Atenção Primária à Saúde (Converte)?

- Sim
- Não

\* 20. Independente de sua titulação formal, você se considera especialista em:

- Medicina de Família e Comunidade
- Pediatria
- Ginecologia e Obstetrícia
- Clínica Médica
- Outro (especifique)

\* 21. Tempo de residência no DF em anos: (Considerar 0 caso tenha menos de 1 ano)


\* 22. Região Administrativa de residência no Distrito Federal:



\* 23. Capacitação em Saúde da Família ANTES de ingressar na SES-DF:

Sim

Não




\* 24. Carga Horária:

- Igual ou menos de 40 hs
- De 41 hs e até 179 hs
- De 180 hs e até 359 hs
- Igual ou acima de 360 hs

\* 25. Capacitação em Saúde da Família DEPOIS de ingressar na SES-DF:

- Sim
- Não



\* 26. Carga Horária:

- Igual ou menos de 40 hs
- De 41 hs e até 179 hs
- De 180 hs e até 359 hs
- Igual ou acima de 360 hs

\* 27. Você tem experiência profissional ANTERIOR ao ingresso no cargo de Médico da Estratégia Saúde da Família na SES-DF no SETOR PÚBLICO?

- Sim
- Não

[REDACTED]

\* 28. Quantos anos em cada uma das seguintes atividades no SETOR PÚBLICO?(Considerar 0 caso tenha menos de 1 ano)

Atividade clínico-cirúrgico

Atividade gestora/administrativa

Outro tipo de atividade

\* 29. Você tem experiência profissional ANTERIOR ao ingresso no cargo de Médico da Estratégia Saúde da Família na SES-DF no SETOR PRIVADO?

Sim

Não

**\* 30. Quantos anos em cada uma das seguintes atividades no SETOR PRIVADO? (Considerar 0 caso tenha menos de 1 ano)**

Atividade clínico-cirúrgico

Atividade gestora/administrativa

Outro tipo de atividade

**\* 31. Já atuou na Estratégia Saúde da Família em outros locais?**

Sim

Não

**\* 32. Durante quantos anos? (Considerar experiência mais longa)**

**\* 33. Em qual Unidade da Federação (UF) foi esta atuação?**

**\* 34. Exerce atualmente outra atividade profissional no SETOR PÚBLICO além da ESF na SES-DF?**

Sim

Não

**\* 35. Exerce atualmente outra atividade profissional no SETOR PRIVADO além da ESF na SES-DF?**

Sim

Não

## BLOCO II – Atuação em equipe Saúde da Família

\* 36. Registre a distribuição de sua carga horária semanal naquelas atividades que exerce habitualmente em sua UBS: (Em horas)

Atendimento individual:

Atividades coletivas:

Atendimento domiciliar:

Capacitação (docente ou discente):

Atividades administrativas:

\* 37. Responda com que frequência:

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
Você busca a colaboração de outros integrantes da equipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros integrantes da equipe buscam sua colaboração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colaboração com outros integrantes da equipe em ATENDIMENTO INDIVIDUAL NA UBS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colaboração com outros integrantes da equipe em ATENDIMENTO DOMICILIAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colaboração com outros integrantes da equipe em ATIVIDADES COLETIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 38. Você realiza atividades coletivas com seus pacientes?

- Sim
- Não

\* 39. Quais os temas você habitualmente trabalha em atividades coletivas? (Se necessário, marcar mais de uma opção)

- Gestação
- Diabetes
- Hipertensão
- Alimentação saudável
- Adolescência
- Tabagismo
- Outro (especifique)

\* 40. Assinale com que periodicidade você realiza reunião com sua equipe Saúde da Família:

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Não tem periodicidade definida
- Não se reúne

\* 41. Você exerce atualmente, ainda que de maneira informal, a coordenação da sua equipe Saúde da Família?

- Sim
- Não



**BLOCO III - Interação com a rede de serviços**

\* 42. Quais os meios utilizados para conseguir opinião de outro especialista? (Se necessário, marcar mais de uma opção)

- Matriciamento
- Telessaúde
- Pedido de parecer
- Nenhum
- Outro (especifique)

\* 43. Dentre os meios que são oferecidos, qual o que você mais utiliza?

- Matriciamento
- Telessaúde
- Pedido de parecer
- Outro (especifique)

\* 44. Em sua estimativa qual o percentual aproximado de casos que você refere para atendimento especializado?

- Até 10%
- Acima de 10% e até 20%
- Acima de 20% e até 30 %
- Acima de 30% e até 40 %
- Acima de 40 %
- Não tenho estimativa

\* 45. Responda sua percepção sobre o funcionamento:

	Muito adequado	Adequado	Parcialmente	Pouco adequado	Não adequado
Da regulação como mecanismo de referência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Da contra-referência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 46. Responda com que frequência:

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
Você recebe contra-referência de outro especialista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**BLOCO IV - Conhecimento sobre a população e território**

\* 47. Você dispõe de um diagnóstico dos problemas de saúde e dos fatores de risco mais importantes no seu território de atuação?

Sim

Não

\* 48. Você participou ou participa da elaboração deste trabalho?

Sim

Não

\* 49. Características do seu território de atuação:

Predominantemente Urbana

Predominantemente Rural

Mista (Urbana/Rural)

\* 50. O território de abrangência da sua equipe Saúde da Família está claramente definido?

Sim

Parcialmente

Não

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto “O médico na atenção primária à saúde do Distrito Federal”, sob a responsabilidade do pesquisador Arthur Lobato Barreto Mello. O objetivo desta pesquisa é caracterizar o perfil do médico inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Distrito Federal, em 2020.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa se necessário e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação será por meio de um questionário estruturado com 50 questões e com um tempo estimado de 12 minutos para sua realização.

O estudo terá utilização apenas para fins acadêmicos e de busca da melhoria da Atenção Primária à Saúde, com riscos mínimos de exposição de dados de forma não agrupada. Para reduzir estes riscos, os nomes dos pesquisados e das suas unidades serão mantidos anônimos e apenas serão divulgados na forma de dados agrupados ao fim da pesquisa. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o desenvolvimento de saberes sobre as políticas públicas em saúde no território do Distrito Federal. A realização deste trabalho poderá identificar pontos negativos referentes ao trabalho do médico da Estratégia Saúde da Família bem como utilizar os aspectos positivos como referência de incentivo a continuidade de implementação da ESF como modelo de Atenção Primária à Saúde.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Os possíveis riscos à sua saúde física e mental são mínimos, ou seja, a probabilidade e a magnitude de qualquer dano ou desconforto que possa ser previsto previamente não são maiores do que aqueles vivenciados no seu cotidiano.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão utilizados como dissertação do Mestrado em Políticas Públicas da FIOCRUZ-Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador por um período de 5 (cinco) anos. Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com Arthur Lobato Barreto Mello, no telefone (61) 994655995 ou pelo e-mail arthurmello91@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo CEP da FIOCRUZ-Brasília e pelo CEP da FEPECS-SES/DF. Serão enviados relatórios parciais semestrais e final do projeto de pesquisa aos CEPs, contados a partir da aprovação do protocolo de pesquisa. 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 obtidas através do telefone do CEP FIOCRUZ-Brasília: (61) 3329-4638, e-mail cepbrasil@fiocruz.br; ou CEP FEPECS-SES/DF (61) 2017-1145, ramal 6878, e-mail comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a). Dessa forma, concordo em participar do estudo e afirmo que estou ciente dos benefícios e dos possíveis riscos da minha participação.

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável

Brasília, [xx] de [xx] de [xxxx]

# ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FIOCRUZ BRASÍLIA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O médico na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

**Pesquisador:** Arthur Lobato Barreto Mello

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 19325819.3.0000.8027

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.591.652

#### Apresentação do Projeto:

No protocolo apresentado, a pesquisa está assim descrita: "A política de Atenção Primária no Distrito Federal tem passado por diferentes momentos no decorrer da sua história. A Constituição Federal de 1988 inova com o conceito de direito à saúde para todos a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes a descentralização, integralidade e participação social. A partir da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Ministério da Saúde implanta em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). O caráter estruturante das ações do PSF para o sistema de saúde resultou na expansão do programa para Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim, em 2006 foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica, a PNAB, visando a reorganização da APS no Brasil por meio da ESF. A aplicação do PSF/ESF no Distrito Federal seguiu uma agenda paralela, passando por momentos de priorização e nomenclaturas distintas. Em 2017 foi instituída uma mudança em prol da consolidação da APS como orientadora da rede de saúde e da ESF como seu único modelo de assistência. Por meio das portarias no 77 e no 78 de fevereiro de 2017, a SES-DF estabeleceu oficialmente a política de APS do DF. A conjuntura do Distrito Federal em relação à Estratégia Saúde da Família oportuniza uma importante análise sobre a Atenção Primária à Saúde no território, visto que neste local é possível observar uma instabilidade no seguimento de políticas públicas em saúde no decorrer da sua história. Assim, o objetivo da pesquisa é caracterizar o perfil do médico inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Distrito Federal, em 2019. Será realizada uma pesquisa quantitativa e qualitativa, transversal,

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3329-4746

**E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.591.652

de estudo de caso que busca caracterizar o perfil do médico inserido na Estratégia Saúde da Família da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal por meio de questionário semiestruturado a ser aplicado durante os meses de outubro e novembro de 2019"

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Caracterizar o perfil do médico inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Distrito Federal, em 2019.

Objetivo Secundário:

-Analisar o perfil do médico na Estratégia Saúde da Família ao longo do desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal no período de 2003 a 2018;-Revisar as semelhanças e diferenças entre o perfil do médico na Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal com o de diferentes contextos da Atenção Primária à Saúde no Brasil;-Analisar a trajetória das políticas de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, no período 2003-2018, com foco na participação do médico neste contexto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A falta de esclarecimento sobre o propósito da pesquisa aos sujeitos do estudo pode trazer incertezas sobre sua participação, assim, o receio por atitudes punitivas perante seu resultado final será reduzido com a clara explicação de que o estudo tem utilização apenas para fins acadêmicos e de busca da melhoria da Atenção Primária à Saúde, sem riscos de exposição de dados de forma não agrupada. Como forma de reduzir estes riscos, os nomes dos pesquisados e das suas unidades serão mantidos anônimos e apenas serão divulgados na forma de dados agrupados ao fim da pesquisa.

Benefícios:

Entende-se que esta pesquisa tem potencialidade de ser influenciadora para demais estudos voltados para o desenvolvimento de saberes sobre as políticas públicas em saúde no território do

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.591.652

Distrito Federal. Assim, para a comunidade científica, o presente estudo pode gerar novas publicações, enriquecendo os conhecimentos acerca do tema abordado e futuramente poderá servir como parâmetro de avaliação de mudanças ocorridas, caso uma nova pesquisa seja feita. A realização deste trabalho poderá identificar pontos negativos referentes ao trabalho do médico da Estratégia Saúde da Família bem como utilizar os aspectos positivos como referência incentivo a continuidade de implementação da ESF como modelo de Atenção Primária à Saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O vertente projeto de pesquisa está bem descrito, com coerência entre objetivos e metodologia. Apresenta elementos suficientes para a análise qualificada dos aspectos éticos a serem considerados. A avaliação entre os riscos e benefícios permite verificar a viabilidade do projeto e vislumbrar o potencial de contribuição dos resultados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos readequados conforme parecer anterior cadastrado na plataforma

**Recomendações:**

De acordo com as Resoluções do CNS 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e 510/16 c, Capítulo VI - V, os pesquisadores responsáveis deverão enviar ao CEP relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após saneadas as pendências, opino pela aprovação do presente protocolo de pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com as Resoluções do CNS 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e 510/16 c, Capítulo VI - V, os pesquisadores responsáveis deverão enviar ao CEP relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1403202.pdf	19/09/2019 23:01:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Versao_2.pdf	19/09/2019 22:58:33	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Anexo_2_TCLE_Versao_2.pdf	19/09/2019 22:56:07	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.591.652

Justificativa de Ausência	Anexo_2_TCLE_Versao_2.pdf	19/09/2019 22:56:07	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Anexo_1_Questionario.pdf	18/08/2019 16:08:41	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_Encaminhamento_CEP.pdf	18/08/2019 16:07:54	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso_Pesquisador.pdf	15/08/2019 14:19:59	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_Coparticipante_SESDF.pdf	15/08/2019 14:19:40	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_Institucional_Fiocruz.pdf	15/08/2019 14:19:16	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	15/08/2019 14:17:32	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

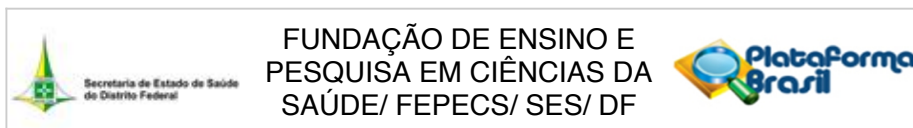
Não

BRASILIA, 23 de Setembro de 2019

Assinado por:  
**BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

## ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FEPECS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O médico na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

**Pesquisador:** Arthur Lobato Barreto Mello

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 19325819.3.3001.5553

**Instituição Proponente:** DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.771.233

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta a pendência apontada em parecer anterior (3.711.435).

"Em 2006 foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica, a PNAB, visando a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil por meio da Estratégia de Saúde à Família (ESF). A aplicação do Programa de Saúde à Família /ESF no Distrito Federal seguiu uma agenda paralela, passando por momentos de priorização e nomenclaturas distintas. Em 2017 foi instituída uma mudança em prol da consolidação da APS como orientadora da rede de saúde e da ESF como seu único modelo de assistência. Por meio das portarias nº 77 e nº 78 de fevereiro de 2017, a SES-DF estabeleceu oficialmente a política de APS do DF, assim como regulamentou o processo de transição integral dos demais modelos para o modelo da ESF. (...) O processo proposto na portaria 78, o Converte, buscou utilizar a força de trabalho que já estava presente na APS do DF e a direcionou para a formação de equipes saúde da família. Sendo assim, foi oferecida possibilidade de capacitação em saúde da família aos médicos e enfermeiros já lotados na APS. (...) Como parte deste processo, no primeiro semestre de 2018, foi realizado concurso público exigindo a especialização para médicos de família e comunidade e a criação da carreira de enfermeiros de família. Diante deste contexto de constantes mudanças na organização da atenção primária no Distrito Federal que, por sua vez, influencia a atuação dos profissionais destes serviços, busca-se com a presente pesquisa caracterizar o perfil do médico inserido na Estratégia Saúde da Família do

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

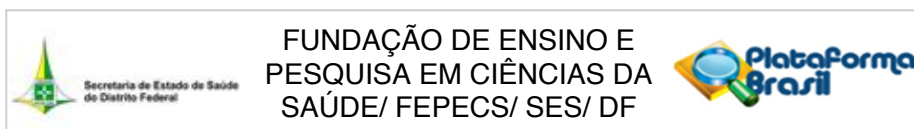
**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)2017-2127

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.771.233

Distrito Federal, em 2019."

**Hipótese:**

"A hipótese levantada é de que as mudanças frequentes no modelo de assistência da APS adotado pelo DF ao longo do tempo dificultam a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) baseados na universalidade, equidade e integralidade. Por meio da caracterização do perfil do médico na Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde (APS) adotada no território do Distrito Federal, busca-se levantar informações sobre o trabalho deste profissional neste âmbito de atenção do Sistema Único de Saúde, de forma a contribuir para a compreensão desta estratégia de assistência à saúde, assim como elaborar estimativa e possibilidades para seu desenvolvimento, no contexto nacional, especialmente no Distrito Federal."

**Metodologia:**

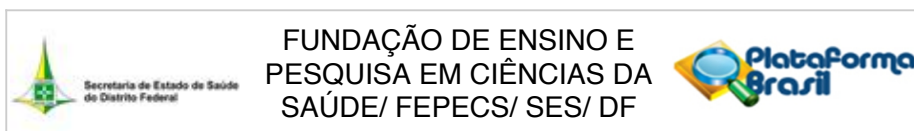
"Será realizada uma pesquisa quantitativa e qualitativa, transversal, de estudo de caso que busca caracterizar o perfil do médico inserido na Estratégia Saúde da Família da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal por meio de questionário semi-estruturado a ser aplicado durante os meses de outubro e novembro de 2019.

Será aplicado um questionário semi-estruturado baseado em protocolo utilizado em estudos prévios que analisaram o perfil do médico da Estratégia em Saúde da Família no Distrito Federal e em outras capitais no Brasil. O questionário conta com perguntas fechadas e abertas que buscam identificar o perfil do médico que atua na ESF a partir de sua própria percepção sobre o serviço que está sendo prestado para a população em suas respectivas realidades locais. As variáveis para delineamento deste perfil profissional estão distribuídas entre quatro blocos de referência, sendo eles o de aspectos sociais e profissionais, de atuação na equipe de Saúde da Família, de interação com a rede de serviços e o de conhecimento sobre a população e território."

**"Critério de Inclusão:**

Serão inclusos na presente pesquisa: Os servidores médicos lotados na assistência em Unidades Básicas de Saúde de todas as regionais de saúde do DF, no cargo de Médico de Família e Comunidade conforme a organização de carreira profissional estabelecido pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Os servidores médicos que estiverem em seu pleno exercício profissional durante o período de aplicação do

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.771.233

questionário.

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídos da pesquisa os servidores médicos que estiverem lotados em cargos de gestão, ainda que relacionados à APS nas Unidades Básicas de Saúde ou no setor central administrativo da SES/DF; Servidores médicos lotados em outros níveis de atenção à saúde; Servidores médicos afastados de suas funções de assistência em equipes Saúde da Família."

**Objetivo da Pesquisa:**

"Objetivo Primário:

Caracterizar o perfil do médico inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Distrito Federal, em 2019.

Objetivo Secundário:

-Analisar o perfil do médico na Estratégia Saúde da Família ao longo do desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal no período de 2003 a 2018; -Revisar as semelhanças e diferenças entre o perfil do médico na Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal com o de diferentes contextos da Atenção Primária à Saúde no Brasil; -Analisar a trajetória das políticas de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, no período 2003-2018, com foco na participação do médico neste contexto."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

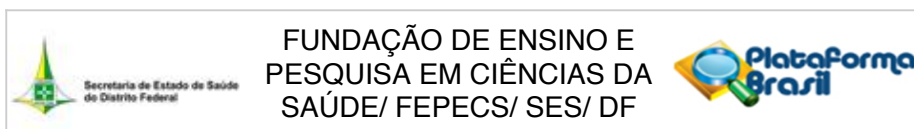
"Riscos:

A falta de esclarecimento sobre o propósito da pesquisa aos sujeitos do estudo pode trazer incertezas sobre sua participação, assim, o receio por atitudes punitivas perante seu resultado final será reduzido com a clara explicação de que o estudo tem utilização apenas para fins acadêmicos e de busca da melhoria da Atenção Primária à Saúde, sem riscos de exposição de dados de forma não agrupada. Como forma de reduzir estes riscos, os nomes dos pesquisados e das suas unidades serão mantidos anônimos e apenas serão divulgados na forma de dados agrupados ao fim da pesquisa. Os possíveis riscos à saúde física e mental dos participantes são mínimos, ou seja, a probabilidade e a magnitude de qualquer dano ou desconforto que possa ser previsto previamente não serão maiores do que aqueles vivenciados no cotidiano dos profissionais.

Benefícios:

Entende-se que esta pesquisa tem potencialidade de ser influenciadora para demais estudos voltados para o desenvolvimento de saberes sobre as políticas públicas em saúde no território do Distrito Federal. Assim, para a comunidade científica, o presente estudo pode gerar novas

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.771.233

publicações, enriquecendo os conhecimentos acerca do tema abordado e futuramente poderá servir como parâmetro de avaliação de mudanças ocorridas, caso uma nova pesquisa seja feita. A realização deste trabalho poderá identificar pontos negativos referentes ao trabalho do médico da Estratégia Saúde da Família bem como utilizar os aspectos positivos como referência incentivo a continuidade de implementação da ESF como modelo de Atenção Primária à Saúde."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

No parecer anterior, havia sido apontada a seguinte pendência:

1- Levando em conta que, de acordo com a Resolução CNS/MS 466/2012, item V, "toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados", solicita-se que, no TCLE, o trecho "O estudo terá utilização apenas para fins acadêmicos e de busca da melhoria da Atenção Primária à Saúde, SEM RISCOS de exposição de dados de forma não agrupada" seja modificado para: "O estudo terá utilização apenas para fins acadêmicos e de busca da melhoria da Atenção Primária à Saúde, COM RISCOS MÍNIMOS de exposição de dados de forma não agrupada".

RESPOSTA: Foi realizada a seguinte alteração no 3o parágrafo do TCLE: "O estudo terá utilização apenas para fins acadêmicos e de busca da melhoria da Atenção Primária à Saúde, COM RISCOS MÍNIMOS de exposição de dados de forma não agrupada. Para reduzir estes riscos, os nomes dos pesquisados e das suas unidades serão mantidos anônimos e apenas serão divulgados na forma de dados agrupados ao fim da pesquisa".

PENDÊNCIA ATENDIDA.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Apresentada carta de resposta às pendências.
- Apresentado TCLE com a alteração solicitada.

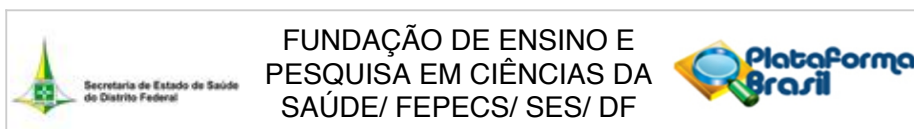
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

Pendência atendida (ver Comentários e Considerações sobre a Pesquisa).

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



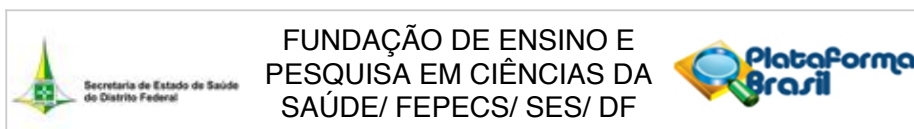
Continuação do Parecer: 3.771.233

obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo. O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1440304.pdf	03/12/2019 22:53:51		Aceito
Outros	CartaResposta_Pendencias.pdf	03/12/2019 22:53:18	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Versao_3_Completo.pdf	03/12/2019 22:51:08	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_2_TCLE_Versao_3.pdf	03/12/2019 22:50:45	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_CEP_Versao2.pdf	24/10/2019 17:58:19	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	14/10/2019 20:43:07	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	14/10/2019 20:40:58	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Outros	Lattes_Paranagua.pdf	14/10/2019 20:33:21	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Outros	Lattes_Arthur.pdf	14/10/2019 20:32:33	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Outros	Anexo_1_Questionario.pdf	14/10/2019 20:26:43	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_Coparticipante_SESDF.pdf	14/10/2019 20:23:11	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_Institucional_Fiocruz.pdf	14/10/2019 20:22:51	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso_Pesquisador.pdf	14/10/2019 20:16:40	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	14/10/2019 20:15:51	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Versao_2.pdf	19/09/2019 22:58:33	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.771.233

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_2_TCLE_Versao_2.pdf	19/09/2019 22:56:07	Arthur Lobato Barreto Mello	Aceito
---	---------------------------	------------------------	-----------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 13 de Dezembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Marcondes Siqueira Carneiro**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com