

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

WINNIE LORENA NOVAIS MONTEIRO

**PROGRAMA CONVERTE E OS NOVOS CAMINHOS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA/DF

2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

WINNIE LORENA NOVAIS MONTEIRO

**PROGRAMA CONVERTE E OS NOVOS CAMINHOS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília, como requisito à obtenção do título de Mestre em Política Públicas em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Bruno Leonardo Alves de Andrade

BRASÍLIA/DF

2021

Catálogo na Fonte  
Escola Fiocruz do Governo  
Biblioteca

M-775p Monteiro, Winnie Lorena Novais.  
Programa Converte e os novos caminhos da atenção primária a saúde no  
Distrito Federal / Winnie Lorena Novais Monteiro, Brasília, 2021.  
108 f.: il.

Orientador Prof. Dr. Bruno Leonardo Alves de Andrade.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde) -  
Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF.

1. Atenção primária a saúde. 2. Estratégia da saúde da família. 3. Saúde  
pública. 4. Distrito Federal. I. Monteiro, Winnie Lorena Novais. II. FIOCRUZ  
Brasília. III. Título.

CDD 614.0981

---

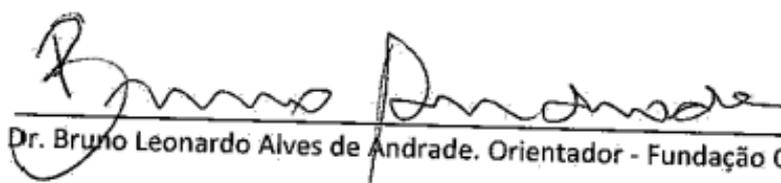
**Winnie Lorena Novais Monteiro**

**Programa Convert e os novos caminhos da Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal.**

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social.

Aprovado em 30/06/2021.

BANCA EXAMINADORA

  
Dr. Bruno Leonardo Alves de Andrade. Orientador - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

\_\_\_\_\_  
Dra. Luciana Sepúlveda Köptcke - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

\_\_\_\_\_  
Dra. Denise de Lima Costa Furlaneto - Universidade de Brasília - UnB

\_\_\_\_\_  
Dr. Armando Martinho Bardou Raggio - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

*Dedico este trabalho carinhosamente aos meus pais Ilda  
Barbosa e Manoel Martins e a minha irmã Monique Helen que  
sonham comigo e são parte de tudo que sou.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente meus pais, que apesar de todas as dificuldades, me ajudaram e me impulsionaram para a realização de tantos sonhos.

A minha irmã Monique pelo apoio e por todo afeto e companheirismo, por fazer parte de toda minha história.

Agradeço ao meu amor e companheiro Matheus Sousa pelo acolhimento e por tantos momentos de carinho essenciais nesta fase.

Agradeço profundamente meu orientador **Bruno Leonardo**, o qual me considero honrada e presenteada por ter sido orientanda, agradeço por tamanha paciência, pelos conselhos, pelos encontros de orientação e momentos de descontração, por acreditar no meu potencial quando eu mesma duvidava.

Agradeço minhas amigas e irmãs de alma Carolina Brito e Merielle Campi pelo encontro e sororidade tão necessários nesse período de minha vida.

Aos colegas e amigos do Programa de Residência Multiprofissional, por toda ajuda e apoio durante este período tão importante da minha formação;

A turma do Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Fiocruz, pela rede afetiva e colaborativa que construímos em tempos tão desafiadores.

A todos os funcionários da Fiocruz por proporcionarem um ambiente propício para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço a psicóloga Raphany pelo empenho e dedicação que teve comigo nesta fase especial e desafiadora.

Agradeço a Shirlei pelo ótimo trabalho, capricho, dedicação e pelos conselhos e acalento em momentos de angústia.

*“Ontem um menino que brincava me falou  
Hoje é semente do amanhã  
Para não ter medo que este tempo vai  
passar  
Não se desespere e nem pare de sonhar  
Nunca se entregue, nasça sempre com as  
manhãs  
Deixe a luz do sol brilhar no céu do seu  
olhar  
Fé na vida, fé no homem, fé no que virá  
Nós podemos tudo, nós podemos mais  
Vamos lá fazer o que será”*

*(Gonzaguinha -1984)*

## RESUMO

Na capital do Brasil, (Brasília - DF), o modelo de atenção à saúde se distanciou do processo de organização e implantação de políticas públicas em saúde de diversas outras regiões e possui um histórico de políticas hospitalocêntricas. Em 2017 com a idealização de um Programa, conhecido como *Converte*, ocorreu a reorganização da Atenção Primária a Saúde no Distrito Federal. A presente pesquisa tem como objetivo central analisar o processo de reorganização da Atenção Primária a Saúde no Distrito Federal a partir da instituição do Programa *Converte*. Trata-se de um trabalho com abordagem quanti-qualitativa, utilizando como método o estudo de caso, pesquisa bibliográfica e documental com técnica de análise de conteúdo. Os resultados e discussão são demonstrados em três partes, sendo a primeira uma descrição do histórico da Atenção Primária a Saúde no DF, seguindo para a caracterização do alcance da Atenção Primária antes e após o Programa *Converte*. Na terceira parte dos resultados e discussão apresenta-se uma análise dividida em quatro categorias. Como considerações finais a autora advoga que o processo denominado de Programa *Converte* foi um marco para as Políticas de Saúde no Distrito Federal no sentido de garantir bases conceituais e normativas para as mudanças, apesar disso, o processo apresenta diversas lacunas no que se refere as etapas, a força de trabalho e a qualificação dos profissionais envolvidos.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde. Estratégia Saúde da Família. Saúde Pública. Distrito Federal.

## **ABSTRACT**

In the capital of Brazil, (Brasília - DF), the health care model has distanced itself from the process of organization and implementation of public health policies in several other regions and has a history of hospital-centric policies. In 2017 with the idealization of a Program, known as *Converte*, there is a reorganization of Primary Health Care in the Federal District. This research aims to analyze the process of reorganization of Primary Health Care in the Federal District from the institution of the *Converte* Program. This is a work with a quanti-qualitative approach, using as method the case study, bibliographic and documental research with content analysis technique. The results and discussion are shown in three parts, the first being a description of the history of the *Converte* Program, followed by the characterization of the scope before and after the *Converte* Program. The third part of the results and discussion presents an analysis divided into four categories. As final considerations, the author advocates that the process denominated *Converte* Program was a landmark for Health Policies in the Federal District in the sense of guaranteeing conceptual and normative bases for changes.

**Keywords:** Primary Health Care. Family Health Strategy. Public Health. Distrito Federal

## ABREVIATURAS

| Sigla          | Significado  |
|----------------|--|
| <b>AB</b>      | Atenção Básica   |
| <b>AIS</b>     | Ações Integradas de Saúde  |
| <b>AMQ</b>     | Avaliação para a Melhoria da Qualidade                                 |
| <b>APS</b>     | Atenção Primária a Saúde   |
| <b>EqSF</b>    | Equipes da Saúde da Família  |
| <b>BVS</b>     | Biblioteca Virtual em Saúde  |
| <b>CNS</b>     | Conselho Nacional de Saúde   |
| <b>DSS</b>     | Determinantes Sociais na Saúde   |
| <b>DRAPS</b>   | Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde                       |
| <b>DF</b>      | Distrito Federal   |
| <b>eSB</b>     | Equipe de Saúde Bucal  |
| <b>ESF</b>     | Estratégia Saúde da Família  |
| <b>eSF</b>     | Equipes Saúde da Família   |
| <b>FHDF</b>    | Fundação Hospitalar do Distrito Federal                                |
| <b>FIOCRUZ</b> | Fundação Oswaldo Cruz  |
| <b>GSAPS</b>   | Gerências de Serviços de Atenção Primária                              |
| <b>GCS</b>     | Gerências de Centros de Saúde  |
| <b>GESF</b>    | Gerências de Saúde da Família  |
| <b>NASF-AB</b> | Núcleos Ampliados de Saúde da Família                                  |
| <b>OMS</b>     | Organização Mundial de Saúde   |
| <b>OS</b>      | Organizações Sociais   |
| <b>PAB</b>     | Piso da Atenção Básica   |
| <b>PACS</b>    | Programa de Agentes Comunitários                                       |
| <b>PIASS</b>   | Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste |
| <b>PNAB</b>    | Política Nacional de Atenção Básica                                    |
| <b>PNAD</b>    | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios                            |
| <b>PROESF</b>  | Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família                 |
| <b>PSC</b>     | Programa Saúde em Casa   |
| <b>PSF</b>     | Programa de Saúde da Família   |

| <b>Sigla</b>  | <b>Significado</b>   |
|---------------|--|
| <b>RAS</b>    | Rede de Atenção à Saúde  |
| <b>SCNES</b>  | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde                   |
| <b>SES/DF</b> | Secretaria de Saúde do Distrito Federal                          |
| <b>SIAB</b>   | Sistema de Informação da Atenção Básica                          |
| <b>SIPACS</b> | Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde |
| <b>SUDS</b>   | Sistema Único e Descentralizado de Saúde                         |
| <b>SUS</b>    | Sistema Único de Saúde   |
| <b>UBS</b>    | Unidades Básicas de Saúde  |
| <b>UNICEF</b> | United Nations Children's Fund                                   |

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1</b> - Passo a passo da realização da Análise Documental ..... | 49 |
| <b>Figura 2</b> - Ilustração das Regiões de Saúde do DF.....              | 56 |
| <b>Figura 3</b> - Linha do tempo APS contexto Brasileiro e no DF .....    | 57 |
| <b>Figura 4</b> - Fases do processo da Reorganização da APS no DF.....    | 82 |
| <b>Figura 5</b> - Equipes de transição do Programa Converte .....         | 84 |

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| <b>Quadro 1</b> - Corpus de análise .....                    | 46 |
| <b>Quadro 2</b> - Quadro resumo História da APS no DF.....   | 51 |
| <b>Quadro 3</b> - Categorias emergentes dos documentos ..... | 67 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| <b>Gráfico 1</b> - Número de UBS no DF nos anos pré e pós Converte .....  | 59 |
| <b>Gráfico 2</b> -Número de Equipes de Saúde da Família por Região de Saúde no DF, Jan 2017-Julho2018 .....   | 60 |
| <b>Gráfico 3</b> - Número de Equipes de Saúde da Família em todo DF, Jan 2017-Julho 2018 .....  | 61 |
| <b>Gráfico 4</b> - Número de Equipes de Saúde Bucal (eSB) na Saúde da Família do Distrito Federal, segundo as regiões de saúde. Janeiro de 2017 e julho de 2018 ..... | 62 |
| <b>Gráfico 5</b> -Cobertura populacional das eSF no DF por Região de Saúde nos períodos pré e pós Programa Converte.....  | 63 |

## **LISTA DE TABELAS**

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1</b> -Total de Unidades Básicas de Saúde próprias da Rede SUS-DF, por Região de Saúde onde estão localizadas, 2015 – 2018..... | 59 |
|---|----|

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....  | 16 |
| 1.1 OBJETIVOS .....   | 20 |
| 1.1.1 Objetivo Geral .....  | 20 |
| 1.1.2 Objetivos Específicos .....   | 20 |
| <b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....   | 21 |
| 2.1 ATENÇÃO A SAÚDE A PARTIR DO MODELO<br>BIOLOGICISTA/FLEXNERIANO .....  | 21 |
| 2.2 EMERGÊNCIA DA APS NO CENÁRIO INTERNACIONAL: DO INFORME<br>DAWSON AOS ANOS PÓS CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA.....          | 23 |
| 2.3 TRAJÉTORIA HISTÓRICO-CONCEITUAL DA APS NAS POLÍTICAS<br>PÚBLICAS BRASILEIRAS A PARTIR DA REFORMA SANITÁRIA .....    | 28 |
| <b>3. METODOLOGIA</b> .....   | 38 |
| 3.2 DESENHO DO ESTUDO .....   | 40 |
| 3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....   | 42 |
| 3.3.1 Levantamento Bibliográfico e Revisão de Literatura.....   | 42 |
| 3.3.2 Pesquisa Documental.....  | 43 |
| 3.3.3 Análise e Apresentação dos Resultados .....   | 47 |
| 3.3.4 Aspectos Éticos .....   | 49 |
| <b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....  | 51 |
| 4.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO<br>DISTRITO FEDERAL ATÉ A IDEALIZAÇÃO DO PROGRAMA CONVERTEE... | 51 |
| 4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO DF ANTES E<br>APÓS O PROGRAMA CONVERTE .....                          | 58 |
| 4.3 PROCESSO DE REORGANIZAÇÃO DA APS NO DF A PARTIR DA VIGÊNCIA<br>DO PROGRAMA CONVERTE .....                           | 67 |
| 4.3.1 A Idealização do Converte e a Entrada da APS na Agenda Governamental do DF.<br>.....                              | 67 |
| 4.3.2 Bases Conceituais Sobre Atenção Primária a Saúde Utilizadas para a Reorganização<br>do Modelo.....                | 74 |
| 4.3.3 A Organização e as Etapas para a Conversão do Modelo .....  | 79 |
| 4.3.4 Qualificação da Força de Trabalho.....  | 87 |
| <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 91 |

|  |            |
|--|------------|
| <b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b> | <b>94</b>  |
| <b>7. ANEXOS.....</b>                      | <b>105</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

Para fazer alusão aos anseios que me levaram a esta pesquisa, considero justo apresentar inicialmente minha trajetória acadêmica e profissional. Neste sentido, formada no curso de Nutrição da Universidade de Brasília em 2016, busquei trilhar caminhos que remontassem ao meu desejo de trabalhar e aprofundar minha formação no âmbito da saúde pública, mais especificamente da Atenção Primária a Saúde. Desta forma, ingressei na primeira turma da Residência Multiprofissional em Atenção Básica a Saúde do Hospital Universitário de Brasília (HUB) na qual tive como campo de atuação Unidades Básicas de Saúde da Região Leste do Distrito Federal, assim como o Centro de Saúde 1 de São Sebastião.

A época em que estive no Centro de Saúde, coincidiu com o período de uma nova gestão do governo do DF ingressara e também com as mudanças que viriam ocorrer neste cenário. Minha inserção em tal processo me levou então a diversos questionamentos que culminaram no projeto de pesquisa de mestrado após minha aprovação no Programa de Mestrado Profissional da Fiocruz Brasília.

Para melhor compreender o cenário exposto, vale-se então o entendimento de que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem se apresentado internacionalmente como uma estratégia de organização da saúde com o objetivo de responder de forma contínua, regionalizada e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando desta forma tanto ações curativas como preventivas e atenção a indivíduos, famílias e comunidades (1).

A APS no Brasil incorporou os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a enfatizar a reorientação do modelo assistencial a partir de um sistema integrado de saúde (1).

O reconhecimento da importância do fortalecimento da Atenção Primária pautado há 40 anos, desde Alma-Ata, elucida um caminho a ser perseguido para o funcionamento do sistema de saúde (2).

Reafirma-se, desta forma, a necessidade do investimento em APS a fim de contribuir para o estímulo ao progresso humano equânime e sustentável. Além disso, estudos recentes no Brasil corroboram com a tese de que a implementação da APS melhora os indicadores demográficos, principalmente expectativa de vida, o que não se observa com outros níveis de atenção (3).

Com o propósito de romper com modelos de atenção ineficientes e pautados em lógicas biologistas, no Brasil foi instituído o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 e desde o final da década de 1990 vem sendo afirmado pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia de organização da atenção básica à saúde no país, sendo que posteriormente em sua fase de consolidação veio a ser adotado como Estratégia Saúde da Família (ESF) (4).

Essencialmente, o ideário da ESF remonta a um mecanismo de ruptura em relação a passividade e às ações pontuais exercidas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A ESF entende o indivíduo como singular e leva em consideração um contexto amplo em que o mesmo está inserido, sendo este, a família e a comunidade (4).

O modelo de atenção à saúde no DF se distancia do processo de organização e implantação de políticas públicas em saúde de diversas outras regiões do país. O histórico dessas políticas na capital foi construído em uma lógica hospitalocêntrica, demonstrada por meio dos investimentos maciços de recursos financeiros e políticos na construção de hospitais. Somado a isso, as iniciativas para o fortalecimento da APS foram muitas vezes descontinuadas e desarticuladas dos outros níveis de complexidade da rede de atenção (5).

Nos últimos anos, o reconhecimento da necessidade de investimento político na APS no DF se deu a partir da observação de um modelo de saúde na contramão das diretrizes do SUS. Somado a uma crise econômica instaurada no Brasil e também no DF, a ESF foi colocada como estratégia prioritária na política de saúde local.

Neste sentido, no ano de 2015 com a chegada de um novo governo no DF, observou-se uma movimentação de reforma do sistema de saúde englobando, prioritariamente, a APS. O ensejo de mudanças foi pautado em diversas questões vista como problemáticas no sistema de saúde local, o que culminou na idealização e implementação do Programa Converte APS.

Sabe-se que esse processo de transformações na política de Saúde do DF se deu por meio de um grande investimento político e enfrentou diversos desafios uma vez que é observado um contexto histórico-cultural e político no DF pautado em uma lógica de investimento em hospitais como *locus* central do sistema de saúde, e tendo a Atenção Primária como acessória ao atendimento hospitalar (5,6).

Tendo em vista a complexidade que envolve um processo de reorganização de uma política de saúde, entender como se deu tal processo torna-se de extrema relevância para o andamento das ações e alcance de resultados significativos, nesse caso pautados nos princípios e diretrizes do SUS (5).

Além disso, uma das motivações que levou ao desenvolvimento desta pesquisa, remonta a trajetória acadêmica e profissional da pesquisadora, na qual desde a graduação o tema de Saúde Pública interessava e após formada foi possível ingressar no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica do Hospital Universitário de Brasília, no qual esteve em formação e atuando como Nutricionista em Unidades de Saúde da Região Leste do DF. O período da Residência coincidiu com o cenário de organização e implantação do programa Converte APS e a imersão naquele contexto

produziu diversas inquietações referentes a toda aquela movimentação e desejo de reforma.

Considerando que contribuir de alguma forma com a política de saúde é um desejo que acompanha esta pesquisadora desde o início da formação, a pesquisa em questão se torna também um instrumento da concretização deste objetivo.

Deste modo, a presente pesquisa traz a seguinte pergunta norteadora: Como se deu o processo de reorganização da Atenção Primária a Saúde DF, considerando o Programa Converte como um marco para tal?

Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo a análise da reorganização da APS no DF com foco do Programa Converte como propulsor da sua organização.

Dito isto, a organização deste estudo se deu por meio de capítulos. O primeiro destina-se a apresentação do trabalho, introduzindo um panorama do tema a ser estudado, bem como as motivações para sua execução. Possui em seu conteúdo, além do texto corrido que trouxe o leitor até aqui a descrição do objetivo geral e os específicos, que o leitor poderá acompanhar no item 1.1.

O segundo capítulo destina-se ao referencial teórico que foi estruturado em três tópicos abarcando aspectos históricos e conceituais da APS.

O terceiro capítulo trata da descrição da metodologia utilizada para atingir os objetivos expostos. Nesse capítulo foi realizado um percurso segundo a abordagem quanti-qualitativa, percorrendo sobre a natureza do estudo, o desenho, levantamento, análise e apresentação dos dados assim como sobre aspectos éticos da pesquisa.

O quarto capítulo do trabalho demonstra os resultados obtidos e discutidos, destinados a responder aos objetivos específicos do estudo. Por fim, no quinto capítulo foi realizada a descrição das considerações finais obtidas juntamente com as percepções da autora após o estudo acerca da temática.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de reforma da Atenção Primária a Saúde do Distrito Federal iniciada por meio do Programa Converte.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever o histórico da organização da Atenção Primária à Saúde no DF;
- Caracterizar o alcance da Atenção Primária a Saúde do DF, antes e depois do Programa Converte;
- Investigar as repercussões do Programa Converte na reorganização da Atenção Primária a Saúde no Distrito Federal.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ATENÇÃO A SAÚDE A PARTIR DO MODELO BIOLOGICISTA/FLEXNERIANO

No intuito de melhor elucidar a necessidade de contraponto ao modelo de atenção à saúde biologicista, neste tópico será realizado uma breve explanação da incursão da APS nos sistemas de saúde a partir do resgate histórico dos modelos assistenciais de saúde.

No final do século XIX, havia um contexto de oposição do ideal positivista da saúde contra às práticas usuais da medicina americana. Berço da Medicina Científica, nos Estados Unidos havia um constante conflito entre os médicos reguladores, estes egressos das universidades europeias e das escolas americanas que se multiplicavam nos Estados Unidos após a Guerra da Independência, e os práticos ou empíricos, denominação dada para pessoas com algum treinamento ou habilidades curativistas (7).

Visando promover uma regulamentação científica das escolas médicas americanas, em 1910 o Educador Abraham Flexner, então diretor de uma escola médica de Kentucky, foi convidado pela Fundação Americana Carnegie para realizar um estudo sobre a situação das escolas médicas americanas e canadenses (8).

O relatório produzido por meio deste estudo, denominado “Relatório Flexner”, reforçou naquele momento uma luta por um ideário científico da medicina, desta forma, surge um novo paradigma médico que iria nortear a formação e também o próprio processo de trabalho dos futuros médicos (8).

O modelo então formado, coexistiu com um desenvolvimento científico e tecnológico apresentando-se como um ineditismo na história humana. Desta forma, o

ciclo de desenvolvimento econômico ocorrido após a segunda guerra mundial forjou o advento de inúmeras ferramentas terapêuticas como, por exemplo, o uso antibióticos e a disseminação da vacinação (8).

O modelo flexneriano propôs recomendações para a reconstrução do ensino médico pautado na narrativa de que “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”. Os hospitais, desta forma, se transformam na principal instituição de formação do conhecimento médico onde são desconsiderados outros aspectos como o social, o coletivo e a comunidade no processo saúde-doença (9).

As principais propostas do Relatório Flexner para a organização do ensino nas escolas de medicina são os listados a seguir:

- Definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos;
- Introdução do ensino laboratorial;
- Estímulo à docência em tempo integral
- Expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;
- Vinculação das escolas médicas às universidades;
- Ênfase na pesquisa biológica;
- Vinculação da pesquisa ao ensino;
- Estímulo à especialização médica;
- Controle do exercício profissional pela profissão organizada (10).

Muitos autores tecem críticas ao modelo flexneriano, principalmente no que tange a uma desvalorização do humanismo na prática médica. Porém, segundo Ferreira (11) o modelo Flexneriano deve ser analisado “como fruto de sua época” e devem ser contextualizados aspectos como: ambiente sociocultural e de trabalho da época e também o tempo. Segundo o autor citado anteriormente:

É certo que Flexner (...) poderia haver deixado escapar a preocupação com a sensibilidade humana, componente essencial do exercício profissional nesse campo, que vincula saúde à qualidade de vida e realça a dimensão ética do trabalho médico com ênfase num relacionamento afetivo, de respeito, dedicação e fraternidade. Aparentemente, a importância concedida aos aspectos técnicos da profissão, que, no contexto do estudo por ele realizado, apareciam como de máxima prioridade, levou-o a conceder menos destaque ao caráter humano da prática, caráter esse que naquele momento histórico era suficientemente valorizado, até mesmo com a consigna do „sacerdócio da medicina (11) ( p. 39).

Vale ressaltar que no momento histórico que tal relatório foi produzido o mundo já experienciava a imersão no desenvolvimento capitalista, e o processo de desumanização pode ser atribuído, em parte, à inserção das modalidades de produção capitalista na prática médica, como também a fragmentação do trabalho médico e consequentemente a perda da responsabilidade sobre o paciente por parte dos profissionais especializados (8).

No Brasil, a história da saúde nos demonstra que o acompanhamento do desenvolvimento tecnológico do mundo ocidental incorporou rapidamente às práticas brasileiras um arsenal tecnológico de alto custo, com acesso restrito e de baixo impacto nos indicadores de saúde, além do caráter privatista em que as práticas curativas, individuais, assistencialistas e especializadas são preteridas em relação a saúde pública (12).

O que passa a ser questionado então é o produto de um modelo de atenção a saúde com alto custo de acesso a uma minoria e que não conseguia alcançar as demandas, necessidades e doenças com maior prevalência entre a população (1)

## 2.2 EMERGÊNCIA DA APS NO CENÁRIO INTERNACIONAL: DO INFORME DAWSON AOS ANOS PÓS CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA

Historicamente a Atenção Primária à Saúde surge pela primeira vez como um modelo de organização dos sistemas de saúde no chamado Relatório Dawson<sup>1</sup> em 1920. Neste relatório, há uma intenção do governo inglês em se contrapor ao modelo flexneriano americano que se baseava no reducionismo biológico e pautava a atenção a saúde em uma perspectiva individual de cunho curativo (1,13).

O referido relatório, constituía-se em uma referência para a organização do modelo inglês que naquela época iniciava uma grande preocupação por parte das autoridades, tendo em vista os custos elevados e baixa resolutividade da atenção médica (13).

O modelo de atenção descrito no Relatório Dawson era organizado em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, hospitais de ensino e serviços suplementares. Neste documento, o autor já descreve a organização de forma regionalizada, em que a maior parte dos problemas de saúde da população deveria ser solucionada por médicos com formação em clínica geral com auxílio de profissionais especializados quando necessário, o que caracterizava já a questão da hierarquização dos serviços de saúde. A forma de caracterização e elaboração da atenção à saúde contidas neste documento influenciaram diversos países na organização de seus sistemas de saúde (13)

Na década de 1950 a Organização Mundial de Saúde (OMS) destacou como empecilho para o desenvolvimento de países subdesenvolvidos as consideráveis disparidades existentes entre esses e os países desenvolvidos. Segundo a Organização, os problemas da população possuíam raízes políticas, culturais e sociais em ambientes

---

<sup>1</sup> O relatório, publicado em 1920, escrito pelo médico Lord Dawson no Reino Unido, pode ser considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva organizacional sistêmica baseada na regionalização e hierarquização de serviços de saúde. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948.

bastante complexos. Além disso, o chamado “círculo de pobreza” nos países em desenvolvimento se dava por conta de uma série de dificuldades como recursos limitados, comunicações deficientes, grandes distâncias, pobreza individual, comunitária e falta de integração (14).

A atenção à saúde nesta época era predominantemente de caráter curativo e o acesso era inviabilizado para parcelas significativas da população, tendo em vista o contexto de elevação de custos da prestação de serviços associados à incorporação de novas tecnologias e desenvolvimento tecnológico no pós-guerra (14).

Nesta mesma perspectiva, a OMS já reconhecia que os resultados alcançados em campanhas especializadas para controle de agravos teriam um alcance limitado e temporário, uma vez que seria necessário o estabelecimento de serviços permanentes de saúde para que a atenção à saúde fosse além do cuidado curativo, mas também englobasse serviços de manutenção, prevenção e promoção da saúde (14).

Em 1953 a OMS já apontava para mudanças no enfoque de sua cooperação. Naquele ano, na Assembleia de Saúde, a Organização declarou que ajudaria em termos técnicos para o desenvolvimento econômico no campo de saúde e direcionava as ações para que fossem atendidos os problemas que afetavam grande parte da população através do fortalecimento dos serviços básicos de saúde (14).

Uma nova abordagem se iniciava quando debates apontaram a determinação econômica e social da saúde na década de 1960. Em busca de pesquisas e abordagens positivas nesse campo estas novas proposições buscavam superar as antigas orientações pautadas predominantemente no controle da enfermidade (14,15).

Nos anos de 1977 e 1978 a OMS e a UNICEF realizaram conferências que reuniram especialistas em Cuidados Primários de Saúde e, a partir destas, foram formulados os princípios estratégicos da APS com o lema “Saúde Para Todos no Ano de

2000”<sup>2</sup> ( 1979 apud (14). Neste contexto ocorreu uma ampla divulgação a respeito da atenção primária (14,15).

Realizada no mês de setembro de 1978, em Alma Ata, capital da República Socialista do Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e UNICEF, conclamou os países a redirecionarem seus modelos e sistemas de saúde no intuito de proporcionar atenção à saúde ao conjunto da população através da atenção primária como o primeiro nível de atenção (14).

Como resultado, a Atenção Primária à Saúde foi conceituada da seguinte forma:

Atenção Primária à Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária ( Declaração de Alma-Ata apud (14)).

Dessa definição surgiram também elementos tidos como essenciais na APS:

a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares (Declaração de Alma Ata (14)).

---

<sup>2</sup> Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Apud (14)

Vale ressaltar também que a Conferência apontou, principalmente, para a saúde como um direito humano.

A Conferência de Alma Ata confirmou também a necessidade e ressaltou a importância do desenvolvimento de sistemas de saúde nacionais, no qual os cuidados primários de saúde deveriam fazer parte, além disso, foi reafirmado um conceito de saúde abrangente e observação desta como direito universal (14).

Os anos subsequentes à Conferência de Alma-Ata foram marcados pela implantação, em diversos países, de experiências e modificações estruturais em seus sistemas de saúde com o objetivo de incorporar as insígnias da APS, principalmente a partir da hierarquização dos serviços e da ampliação de sua cobertura (8).

Apesar de sua ampla divulgação, a noção de atenção primária, na prática, acabou por se distanciar da concepção original divulgada pela OMS uma vez que a APS passou a ser aplicada num contexto de atenção seletiva, em que era destinada apenas para populações pobres de área urbana e comunidades rurais. No Brasil, foi essa concepção reduzida a ser incorporada ao sistema de saúde (16).

A propagação das ideias de programas seletivos de atenção primária em países subdesenvolvidos recebeu amplo apoio de agências internacionais, em que o objetivo era expandir a cobertura de serviços de saúde simples e de baixo custo, abrangendo principalmente áreas rurais (15,16).

A crise econômica instaurada no cenário dos anos 80 e a ascensão de governos neoliberais em países desenvolvidos foram fatores que contribuíram para a disseminação de programas seletivos na APS. Desta maneira, a continuação da crise econômica mundial levou diversos países a mudarem o rumo de suas políticas. A racionalização dos recursos

em saúde e a adoção de medidas que favorecessem o uso adequado de tecnologias duras e caras deram ênfase nas ações de promoção e prevenção à saúde (17).

A partir deste cenário, somado às críticas apontadas pelos defensores da saúde pública, o viés econômico se destacou na agenda dos organismos de cooperação internacional e iniciou a orientação de propostas de instituições como as do Banco Mundial que, por sua vez, foi o principal difusor das ideias de focalização e seletividade das ações dos governos nas políticas públicas, principalmente, no campo da saúde (15,16).

Segundo Mendes (18) este equívoco com a interpretação da atenção primária, desdobrada em uma atenção seletiva, causou o impedimento da aplicação desta como uma estratégia capaz de apropriar, recombina, reorganizar e reorientar os recursos do setor saúde para a sociedade como um todo. O mesmo autor salienta que estudos comparativos demonstram “uma correlação entre a existência de uma boa organização da atenção primária com maior eficiência, satisfação da clientela e impacto sobre os níveis de saúde.” (18).

### 2.3 TRAJÉTORIA HISTÓRICO-CONCEITUAL DA APS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS A PARTIR DA REFORMA SANITÁRIA

Em meados nos anos 70 foi constituída no Brasil uma sólida estrutura privada de atenção médica com destaque a medicina curativa, o Estado chegou a ser responsável por mais de 80% do financiamento dos recursos da rede privada. Neste período eram enfrentadas pelos usuários e profissionais duas situações difíceis em relação a organização do sistema de saúde: a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde e a ineficácia do sistema previdenciário (19).

O movimento da Reforma Sanitária ocorreu nesse contexto de insatisfação geral e foi iniciado por meio de grupos profissionais que criticavam o modelo de saúde vigente que, a partir da exposição da situação sanitária da população, deu início a uma profunda crise no sistema público de saúde (20).

O início de uma proposta de atenção primária no Brasil segundo Mendes (18) deu - se a partir da criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) em 1976, divulgado como tema da V Conferência Nacional de Saúde (18).

O PIASS foi criado como um programa destinado a prestar assistência médico-sanitária às populações do meio rural e era composto por uma então introduzida concepção de sistema que formaria uma estrutura em que os serviços seriam realizados através de uma organização básica, hierarquizada e regionalizada (18).

Entretanto, o Programa se mostrava ainda com um caráter seletivo, em que a proposta de atenção primária era uma concepção estreita de um programa, executado com recursos escassos dirigidos a populações de regiões marginalizadas através da oferta de tecnologias simples e baratas providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidade de referência a níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica da participação comunitária (15,18).

Em uma tentativa de reedição do PIASS, em 1981, superando a característica seletiva do programa anterior, foi formulado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que tinha como temática principal a política de extensão de cobertura dos serviços de saúde para o território nacional como um todo. A proposta ganhou sua configuração formal a partir das diretrizes formuladas no âmbito da VII Conferência Nacional de Saúde (15).

Em termos práticos o Prev-Saúde não conseguiu avançar, porém, o agravamento da crise da previdência social no país afetou a estrutura política nacional de saúde ao longo dos anos 80, no qual foram adotadas medidas transitórias institucionais que marcavam o início da reforma do sistema (15,16).

As medidas foram colocadas em prática pelo Ministério da Saúde e o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), principais órgãos que motivaram as modificações de relevância no curso da política de saúde (15).

Concomitantemente, as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDES) buscavam dar respostas à crise da previdência e tornavam o espaço oportuno para a discussão e construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (15).

Tendo em vista a enorme gama de pautas da agenda de Reforma Sanitária proposta pelo Movimento Sanitário na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986<sup>3</sup> apud (15)), no momento da Constituinte, temas como financiamento, descentralização, universalização e integração das ações no sistema obtiveram maior visibilidade e foram pautas de maior negociação no processo (15).

No Brasil, a partir do movimento da Reforma Sanitária não estava em questão apenas o valor da APS no conjunto de serviços de saúde como se verificava em outros países latino americanos, a pauta era também questionar o caráter simplista da “medicina pobre para os pobres” na qual estava uma racionalidade econômica que era base nas ações promovidas pelo Estado (15).

---

<sup>3</sup> Brasil. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência e Assistência Social. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde* Brasília: MS; 1986 apud (15)

No texto da Constituição de 1988<sup>4</sup> a APS vinha defendida e garantida com base em princípios norteadores do SUS, sendo eles: saúde como direito de todos e dever do Estado, equidade, integralidade e participação popular (15)

As discussões no Brasil sobre APS até meados dos anos 90 foram essencialmente dirigidas ao financiamento e a descentralização. Havia uma ausência de discussão aprofundada sobre a organização da atenção por parte do Ministério da Saúde, o que culminou no prevailecimento de um modelo de atenção centralizado, com ênfase na doença e nas ações curativas no âmbito hospitalar do SUS. Além disso, a forma de financiamento favorecia sobremaneira as ações de saúde hospitalares e consultas médicas especializadas em detrimento de ações de promoção e prevenção em saúde (15).

No decorrer na década de 1990, experiências locais de alguns municípios contribuíram para a construção de propostas alternativas em termos da organização da atenção frente à crise que se instalava do modelo assistencial. Estas experiências favoreceram também a valorização deste tema na agenda reformista (15).

A APS ganhou destaque na política de saúde brasileira em termos normativos a partir da edição da Norma Operacional Básica do SUS – NOB SUS 01/96. Em termos históricos a criação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), em 1991<sup>5</sup>, que foi regulamentado no ano seguinte, e o Programa Saúde da Família, em 1996, foram iniciativas que buscavam alterar a forma de organização da atenção à saúde. Tanto o PACS quanto o PSF, surgiram com o intuito de provocar nos municípios alternativas de organização no âmbito local, principalmente, em locais que eram desprovidos de serviços de saúde conformados (15,16).

---

<sup>4</sup> Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. (apud (15)).

<sup>5</sup> Ministério da Saúde. Normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde, PACS, Portaria no 1886/GM. Anexo 1. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. (apud(15)).

O PACS também foi associado ao enfrentamento por parte do governo federal do problema relacionado aos altos índices de morbimortalidade infantil e de epidemias situadas nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. Considerado uma ampliação e derivação do PACS, o PSF mesmo que não assumidamente considerado um programa seletivo, foi implantado em áreas de maior vulnerabilidade social, tendo o mapa da fome produzido pela Comunidade Solidária como a base da informação (15,16).

A partir da edição da NOB SUS 01/96<sup>6</sup> foi instituído o Piso da Atenção Básica (PAB), no qual o governo repassaria aos fundos municipais de saúde valores referentes ao cálculo de base per capita que visava incentivar a organização da rede básica de saúde no nível municipal.

A trajetória do PSF foi marcada por dois momentos antagônicos, em que em um primeiro momento o programa ocupava uma posição marginal no contexto do SUS, em outro momento, o PSF passou a ser uma proposta organizativa da APS, considerado estratégico para a reorientação do modelo de atenção que ainda era predominante no SUS.

A abordagem do PACS e posteriormente do PSF era baseada na família e na comunidade como norteadores na organização do modelo, enquanto ainda se perpetuava a tradicional abordagem individual com centralização na doença.

Os incentivos do Ministério da Saúde à implantação do PSF visavam desenvolver as ações básicas e promover a reorganização das práticas de saúde não somente neste nível de atenção, mas com reflexos em todo o sistema. O modelo PSF propõe que a equipe multidisciplinar assuma a responsabilidade sobre um território onde vivem e trabalham um quantitativo de pessoas, tendo como foco de intervenção a família,

---

<sup>6</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Brasília, v. 134, n. 216, nov. 1996. Seção1, p. 22932-22940. Apud (15).

buscando imprimir uma atenção continuada, intersetorial e resolutiva com base nos princípios da promoção da saúde (15).

A partir da NOB SUS 01/96<sup>7</sup> foi assumido no Brasil o termo Atenção Básica (AB) a Saúde, uma vez que naquele momento existia uma forte resistência por parte de atores envolvidos na condução da política ao termo Atenção Primária. Segundo esses atores, havia ainda internacionalmente uma lógica seletiva vinculada ao termo (15).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (21).

Segundo Bueno & Merhy (22) há uma proximidade da APS praticada no país – sobretudo através do PSF e do PACS e de ações coordenadas pelo Ministério da Saúde – com o ideário preconizado pelo Banco Mundial. Para os autores, a Norma Operacional Básica 01/1996 criou a partir do Piso Assistencial Básico, do PACS e do PSF, uma “cesta

---

<sup>7</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Brasília, v. 134, n. 216, nov. 1996. Seção1, p. 22932-22940. Apud (15).

básica de serviços”, ou seja, um conjunto de atividades básicas, com financiamento distinto, que incidiriam sobre as populações menos favorecidas.

Em contraponto a visão dos autores citados anteriormente, Aguiar (23) advoga que fatores como o aumento de cobertura e a melhoria do acesso ao nível básico do sistema podem ser considerados como medidas includentes.

Sobre algumas práticas analisadas, o autor complementa:

(...) embora focalizadas e restritivas, [as experiências] apontam para mudanças mais amplas que envolvem desde a organização dos serviços, a capacitação de profissionais e o processo de trabalho, ou seja, a mudança da prática médica e dos comportamentos frente à saúde e à doença. Assim, o dilema entre universalidade e seletividade não parece ter as fronteiras bem demarcadas, uma vez que alguma forma de ‘discriminação positiva’, portanto, de focalização, está presente (...) (23) (p. 108).

Ao discorrer sobre o mesmo assunto, Marques & Mendes<sup>8</sup> (2002 apud ((8)) apontam:

É possível que a estratégia levada pelo Ministério da Saúde brasileiro, no campo da atenção básica, tenha sido motivada pela posição das agências internacionais. Porém, devido ao fato de o país, ainda no início da década de 90, apresentar uma condição sanitária extremamente precária em grande parte de seus municípios (...), sem que sua população estivesse coberta pelo Sistema Único de Saúde, a proposta de ampliar os cuidados da atenção básica ganha contornos diferentes daqueles subjacentes às propostas das agências internacionais. Ao se escolher o Programa de Saúde da Família como porta de entrada no sistema, o Ministério da Saúde entendeu que essa estratégia seria a melhor forma de garantir a universalização de, pelo menos, a Atenção Básica (p. 88).

Viana & Dal Poz<sup>9</sup> (1998 (8)) concordam com os autores acima citados, ao explicar que:

---

<sup>8</sup> Marques, R.M.; Mendes, A. Estado e Saúde: a posição das agências internacionais e a experiência brasileira recente. Indicadores Econômicos FEE, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 272-89, 2002 apud (8).

<sup>9</sup> Viana, A.L.D.; Dal Poz, M.R. PSF: um instrumento da reforma do SUS?. Rio de Janeiro: IMS / UERJ, 1998. 29 p. apud (8).

(...) experiências de focalização dentro do universalismo evidenciam que se pode ter práticas focalizadas dentro de uma política universal e que não há necessariamente conflito entre focalização e universalização, isto é, que os dois conceitos não precisam ser excludentes (...) (p.11)

Em 1998, foi descrito o primeiro Pacto de Indicadores da Atenção Básica<sup>10</sup>, o que foi renovado periodicamente através da negociação intergestores de metas para a avaliação e o monitoramento da AB. Culminou também, em outros dispositivos de aperfeiçoamento da AB, como por exemplo, a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o que substituiu o Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (SIPACS) (15).

Tal sistema foi criado em 2002, visando a reorientação do modelo de atenção, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), explicitando para os municípios de mais de 100 mil habitantes a ideia da saúde da família como uma estratégia viável não apenas nas pequenas cidades e no meio rural. A partir do PROESF, foi criada em 2005 a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que descreveu uma metodologia de avaliação em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes da Saúde da Família (EqSF), com o objetivo de qualificar a AB. Gradativamente a agenda política da Atenção Básica foi se consolidando por meio da Estratégia Saúde da Família e em 2006 tornou-se uma dimensão prioritária no Pacto pela Vida (15).

---

<sup>10</sup> Ministério da Saúde (BR) Portaria nº 91, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto Pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 10 jan. 2007 apud (15).

Ainda em 2006 foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>11</sup> e revisada em 2011<sup>12</sup>. Tal política buscava centralizar a ESF na tentativa de consolidar uma AB capaz de estender a cobertura, trabalhar no sentido da promoção da saúde, prover cuidado integral, caracterizando-se como porta de entrada principal para o usuário do SUS, além disso, a AB teria o papel de coordenação do cuidado e seria ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (15).

Diversas ações foram envolvidas neste processo, dentre elas: mobilização de instituições e de sujeitos sociais para dar resposta aos desafios postos para a formação de trabalhadores, organização do processo de trabalho, participação e interação com a comunidade, a compreensão das nuances do território e as relações entre os entes da federação (24).

No ano 2017, seguido do impedimento da Presidente Dilma Roussef e na condução no seu vice Michel Temer à presidência, seguiu-se a aprovação de diversas medidas ditas “racionalizantes”, sendo aprovada a nova PNAB no dia 30 de agosto. Uma característica considerada marcante por Morosini, Fonseca e Lima, (24) , foi a gama de alternativas explicitadas para a configuração e implementação da AB, o que se traduz em uma flexibilidade sustentada pelo argumento de que sejam atendidas especificidades locais ou regionais (24).

Pode-se dizer que o discurso da PNAB se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter indutor e

---

<sup>11</sup> PNAB 2006 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União. 2006 Mar 28. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html). Apud (15).

<sup>12</sup> PNAB 2011 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011 apud (15).

propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público (24) (p. 14).

O PSF, mesmo que inicialmente rotulado como um programa, se diferencia dos demais programas do Ministério da Saúde, uma vez que não se apresenta como uma intervenção vertical e paralela, mas pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promoção da organização das atividades em um dado território como o foco em resolver os principais problemas identificados (25).

Atualmente, o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família é onde se encontra o ciclo da APS no Brasil. Esta estratégia pode ser definida como:

Um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito a cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área da saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (26).

A ESF, superando pelo menos no discurso oficial, a perspectiva seletiva da Atenção Primária a Saúde, desponta como uma possibilidade de aproximação entre serviços e usuários no que tange suas reais necessidades. Os pressupostos e diretrizes que norteiam a estratégia se baseiam na perspectiva do diálogo entre equipe multiprofissional e usuário (26).

As práticas da ESF legitimam uma expansão da APS no lugar de práticas simplificadas, neste sentido, incorpora e articula ações de promoção, proteção, e recuperação da saúde mais próximas da vida cotidiana dos indivíduos e principalmente das populações mais vulneráveis (27).

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem quanti-qualitativa, de caráter descritivo – pois pretende a descrição de fatos e fenômenos de determinada realidade e exploratório – pois permite o aumento da experiência por parte do investigador em relação ao objeto (28).

Para Jick (29) as abordagens qualitativas e quantitativas podem atuar de maneira complementar e não como rivais. Segundo Minayo e Sanchez (30) metodologicamente não há contradição assim como não há continuidade, ou seja, são de naturezas distintas. Enquanto o método quantitativo aborda aspectos concretos, o segundo trabalha com valores, representações, crenças, hábitos, atitudes e opiniões.

A pesquisa quantitativa estabelece seus objetivos a partir de dados, indicadores e tendências observáveis, utilizando do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, tornando-os evidentes a partir da sua caracterização por meio de variáveis (31).

Segundo Godoy (31) a abordagem qualitativa pode colaborar para que haja melhor compreensão de um fenômeno por meio do contexto em que o mesmo está inserido.

Nesta perspectiva a análise ocorre de maneira integrada, e para tanto, o pesquisador vai a campo no intuito de “captar o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes.” (31).

Além disso, o estudo qualitativo permeia o entendimento, interpretação e compreensão dos sentidos e significações que uma pessoa concede aos fenômenos que estão em análise (31).

Vale ainda ressaltar que as pesquisas qualitativas buscam elucidar o processo pelo qual os sujeitos criam significados e os descrevem. São características dos estudos qualitativos:

Objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências (32) (p. 32)

Partindo das palavras de Minayo (33) o conhecimento das várias facetas de uma política, torna-se imprescindível para a compreensão dos fenômenos sociais através do estudo qualitativo.

A autora citada anteriormente ainda defende que a pesquisa qualitativa tem a capacidade de assimilar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento como na sua transformação, como construções humanas significativas.

Desta forma, entende-se que o fator subjetivo não está vinculado à desqualificação de construção científica, mas pode ser compreendido como parte integrante do fenômeno social como singular (33).

Nesse mesmo sentido Bosi e Mercado<sup>13</sup> (2004 apud (34)) advogam que na pesquisa qualitativa há a possibilidade da relativização da ação do observador sobre a

---

<sup>13</sup> Bosi MLM & Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Maria Lúcia Magalhães Bosi & Francisco Javier Mercado. Editora Vozes, Petrópolis, 2004, 607p. apud (34).

experiência, o que desconstrói a ideia da neutralidade científica e possibilita uma análise que afirma, e reconhece o lugar das interpretações na construção da realidade.

Adota-se ainda no presente estudo a visão de Demo (35) em que a neutralidade nas ciências sociais é desmobilizadora, e que ideologicamente, o controle ligado a pesquisa não se dá através de um pseudo distanciamento, e sim pelo “enfrentamento aberto, no espaço da estratégia da discutibilidade”, isto é, por meio do entendimento sobre a relação sujeito objeto, sobre os rumos que o pesquisador tendeu a trilhar e que levaram aos resultados da pesquisa (35).

Vale ressaltar que do ponto de vista epistemológico nenhuma das duas abordagens, qualitativa ou quantitativa, é mais científica do que a outra e nenhum dos métodos combinados é visto como superior ou preliminar. Utilizados ou não de modo simultâneo, ou empregados um após o outro, são aspectos com menor relevância quando comparados à noção de serem observados em igualdade tendo em vista o papel que desempenham no estudo (36).

Tendo em vista que a escolha do método de pesquisa se relaciona com as características do fenômeno a ser estudado, a escolha da abordagem do presente trabalho vai de frente aos objetivos explanados nesta investigação. Estes, relacionados ao processo de reorganização da APS no contexto da política de saúde do DF.

### 3.2 DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de caso, que teve como objeto central o processo de reorganização da Atenção Primária a Saúde no DF, processo este chamado de “Programa Converte”.

Por se tratar de uma investigação sobre uma intervenção que não pode ser separada de seu contexto e dos atores nela envolvidos e de uma pesquisa do fenômeno em profundidade, justifica-se a escolha do estudo de caso para o trabalho em questão.

De acordo com Fonseca (37):

Um estudo de caso pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social. Visa conhecer em profundidade o como e o porquê de uma determinada situação que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe. O estudo de caso pode decorrer de acordo com uma perspectiva interpretativa, que procura compreender como é o mundo do ponto de vista dos participantes, ou uma perspectiva pragmática, que visa simplesmente apresentar uma perspectiva global, tanto quanto possível completa e coerente, do objeto de estudo do ponto de vista do investigador (37).

Segundo Yin (38) os estudos de caso estudam o conjunto das variações que se verificam intrasistema. Empregam poucas unidades de análise, porém com um grande potencial explicativo, resultante da análise do caso, ou dos casos, em profundidade. Requerem questões explanatórias do tipo: como e por quê (38).

Nesse tipo de desenho há a possibilidade de se trabalhar com uma ampla variedade de evidências, como: documentos, artefatos, entrevistas e observações que devem voltar-se para um formato de triangulação.

Para Minayo (33) o estudo de caso se utiliza de estratégias qualitativas de investigação que visam mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito de uma dada situação, fenômeno ou episódio.

Foram agregados também ao estudo, dados quantitativos secundários relacionados ao alcance da APS no DF, tais dados foram provenientes dos documentos que compõem o corpus deste estudo.

Deste modo, os objetivos da pesquisa são abordados por diferentes técnicas e também pela interseção das mesmas.

Tal proposta toma como referência a argumentação de Bosi e Mercado <sup>14</sup> (2004 apud ((34)), no qual segundo os autores as quantidades e qualidades não ensejam sentidos antagônicos, mas podem retratar aspectos e particularidades da mesma realidade.

Ainda neste sentido, Bryman (39) ressalta que esta lógica denominada de triangulação, se dá a partir da verificação da comparação dos resultados. Os resultados quando combinados complementam-se e proporcionam análise em maior profundidade acerca de um determinado tema.

### 3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.3.1 Levantamento Bibliográfico e Revisão de Literatura

No intuito de alcançar a descrição do histórico da Atenção Primária a Saúde no DF, assim como, aprofundar a análise do processo de reorganização da APS no DF, foi realizada uma Revisão de Literatura do tipo narrativa. Este tipo de revisão permite o estabelecimento de relações com produções anteriores, reconhecendo temas recorrentes e identificando novas concepções. Por meio de análise de determinada temática ou área de conhecimento, a revisão narrativa leva a constituição do estado de arte sobre algum tópico específico, levantando ideias, métodos, subtemas que possam ser utilizados na pesquisa em questão (40).

O levantamento bibliográfico deu-se entre outubro de 2018 a março de 2021. É importante ressaltar que na pesquisa bibliográfica o estudo abarcou livros, artigos,

---

<sup>14</sup> Bosi MLM & Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Maria Lúcia Magalhães Bosi & Francisco Javier Mercado. Editora Vozes, Petrópolis, 2004, 607p. apud (34).

dissertações e teses, utilizando-se de dados ou categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e registrados apropriadamente em bases de dados científicas.

A busca na literatura científica e técnica se deu a partir da área “Ciências da Saúde em Geral” da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cuja captação reúne as seguintes bases: LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO utilizando os seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde, *Atención Primaria de Salud*, *Primary Health Care*, Estratégia Saúde da Família, *Estrategia de Salud Familiar*, *Family Health Strategy*, Saúde Pública, *Salud Pública*, *Public Health*.

### 3.3.2 Pesquisa Documental

Com o advento da escrita, as fontes para transmissão dos fenômenos sociais foram abrangidas em: comunicação oral e a escrita. Segundo Minayo (41) “a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”, e aplicando esta ideia a análise de documentos pode-se inferir que este é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos.

A análise documental é consistida de diversas operações que buscam estudar e analisar um ou mais documentos para elucidar as circunstâncias econômicas ou sociais com as quais podem estar relacionados.

Na perspectiva de Richardson (42) os documentos possuem registros escritos que podem ser utilizados como material de informação sobre o comportamento de indivíduos no intuito de chegar à compreensão das relações interpessoais e situações que validam os períodos de produção – trabalho – e reprodução social – formas de viver. Este

tipo de análise também possibilita a transformação de um documento primário (bruto) para um material secundário com representação analítica.

Segundo Costa (43) as análises acerca dos processos representam “um conjunto de ações encadeadas em um determinado período histórico e social”, e carecem de um levantamento de dados cujo objetivo seria reorganizar acontecimentos, situações e seus antecedentes para a elaboração do material secundário.

Faz-se elementar destacar que a historicidade presente na construção e registro das atividades humanas não surge de modo aleatório, pois se baseia nos movimentos e conflitos presentes na realidade em um determinado local e momento na história. A partir disso, Ludke e André (44) afirmam:

Os documentos constituem também uma fonte poderosa nos qua podem ser retiradas evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador. Representam ainda uma fonte ‘natural’ de informação. Não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto (p. 39)

É necessário ressaltar que a análise documental se distingue da pesquisa bibliográfica e de acordo com Oliveira (45):

A pesquisa documental caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação”, e a partir destes o pesquisador irá desenvolver sua investigação (45).

Neste sentido, os documentos são registros que proporcionam informações para a assimilação de fatos e relações, ou seja, proporcionam o conhecimento do período histórico e social das ações e o reconhecimento dos fatos e seus antecedentes, visto que

consistem em manifestações registradas de elementos da vida social de determinado grupo (46).

Ao escolher como método a análise de documentos, o pesquisador deve levar em consideração quem produziu tais documentos, os objetivos, quem os utiliza e a forma de seleção de documentos individuais. Além disso, o pesquisador deve atentar-se que não deve manter o foco somente no conteúdo dos documentos mas também levar em conta o contexto, a utilização e função do documento (47).

Estas fontes são apropriadas de duas dimensões: a autoria (pessoais e oficiais) e o acesso aos documentos (privados e públicos). Para a pesquisa em questão, serão utilizados documentos públicos e oficiais e também pessoais para constituir o corpus de análise (48).

Para a composição do *corpus* de um tema é necessário que haja materiais e fontes relevantes para que o pesquisador fundamente seu texto e o adeque ao caráter científico.

O significado da palavra *corpus* tem origem latina e quer dizer corpo, no contexto acadêmico *corpus* é o conjunto de documentos sobre o tema escolhido (48).

A utilização da análise documental na presente pesquisa visou contemplar o objetivo de elucidação da reorganização da APS no DF, assim como o objetivo de caracterização da rede de atenção primária antes e após o programa e também compor junto de outras técnicas a investigação do processo de reorganização da APS no DF.

Nesta etapa, tem-se como fonte essencialmente documentos técnicos, relatórios e portarias produzidos pelo Governo do Distrito Federal e outras entidades nos anos 2016, 2017, 2018 e 2019 em relação ao projeto Converttee APS ou Brasília Saudável, além do portfólio elaborado pela autora a época que a mesma estava inserida na

Residência Multiprofissional em APS. Os anos foram escolhidos em decorrência do início do projeto no DF e fim de mandato do governo que o criou.

**Quadro 1 - Corpus de análise**

| <b>Documento</b>  | <b>Fonte/Ano</b>   | <b>Proposta</b>  |
|---|--|--|
| Brasília Saudável. Fortalecimento da Atenção Primária a Saúde no Distrito Federal | CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL/2016 | Trata-se de um primeiro documento lançado em Junho de 2016 com o objetivo de levantar as principais questões evidenciadas como problemas da APS no DF e apresentar as propostas para a qualificação e reorganização da APS.  |
| Portaria nº77 de 2017   | DÁRIO OFICIAL DO DF/2017                                 | Lançada em 14 de fevereiro de 2017, a normativa estabeleceu a Política de Atenção Primária a Saúde do DF   |
| Portaria nº78 de 2017   | DÁRIO OFICIAL DO DF/2017                                 | Lançada em 14 de fevereiro de 2018, tal normativa estabelece o regramento para a conversão do modelo tradicional em Estratégia Saúde da Família  |
| Relatório Anual de Gestão 2016  | SECRETARIA DE SAÚDE DO DF/2017                           | Relatório Anual de Gestão (RAG) referente ao ano de 2016 de caráter obrigatório e se caracteriza como um instrumento que apresenta os resultados da Programação Anual de Saúde (PAS), que foi aprovada por unanimidade pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) |
| Relatório Anual de Gestão 2017  | SECRETARIA DE SAÚDE DO DF/2018                           | Relatório Anual de Gestão (RAG) referente ao ano de 2017 de caráter obrigatório e se caracteriza como um instrumento que apresenta os resultados da Programação Anual de Saúde (PAS), que foi aprovada por unanimidade pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal        |

|   |                                 | (CSDF)   |
|---|---------------------------------|--|
| Relatório Anual de Gestão 2018  | SECRETARIA DE SAÚDE DO DF/2019  | Relatório Anual de Gestão (RAG) referente ao ano de 2018 de caráter obrigatório e se caracteriza como um instrumento que apresenta os resultados da Programação Anual de Saúde (PAS), que foi aprovada por unanimidade pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) |
| Relatório de Gestão/A Reforma da Saúde no Distrito Federal                              | SECRETARIA DE SAÚDE DO DF/2019  | Documento produzido no âmbito da SES-DF, com objetivo de expressar uma síntese da gestão do então secretário de saúde Humberto Lucena Pereira da Fonseca   |
| Portfólio de vivência de campo (Residência Multiprofissional em Atenção Básica a Saúde) | Elaborado pela autora 2016/2017 | Trata-se de portfólio desenvolvido pela autora e equipe de Residentes no contexto da Residência Multiprofissional em APS, contendo relatórios das atividades desenvolvidas nas UBS.  |

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

### 3.3.3 Análise e Apresentação dos Resultados

Para a análise dos documentos foi utilizada a técnica “Análise de Conteúdo”. Esta técnica é compreendida “como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento” (49).

Segundo Bardin (50) a análise de conteúdo pode ser definida também como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, em que se utiliza procedimentos de forma sistemática e objetiva buscando a descrição do conteúdo das mensagens. Indo além, a mesma autora advoga que este método se refere tanto ao estudo dos conteúdos nas figuras de linguagem, reticências, entrelinhas, quanto dos manifestos.

No presente estudo foi adotada a visão de Bravo (51) em que o autor assume que o objetivo da análise de conteúdo na pesquisa documental visa observar e reconhecer os significados e elementos que formam o texto e classifica-los adequadamente para sua análise e posterior explicação. Vale ressaltar ainda, que para o autor anteriormente citado a análise de conteúdo na pesquisa documental se integra como procedimento técnico e sistemático da investigação.

Seguiu-se então o procedimento de análise proposto por Bravo (51) sendo ele:

- I) Seleção da amostra documental (*corpus*);
- II) Determinação de unidades de análise;
- III) Eleição de categorias;
- IV) Organização dos dados.

A partir da definição do *corpus* já demonstrado no tópico anterior, foi realizada a determinação das unidades de análise. Nesta fase, foi realizada primeiramente leitura flutuante dos documentos, nos quais, foram destacados nos mesmos as unidades de contexto para posteriormente definição das unidades de registro.

As unidades de contexto, conforme afirma Bravo (51) são formadas por partes ou frações, até mesmo capítulos ou documentos inteiros necessários para se compreender o significado das unidades de registro.

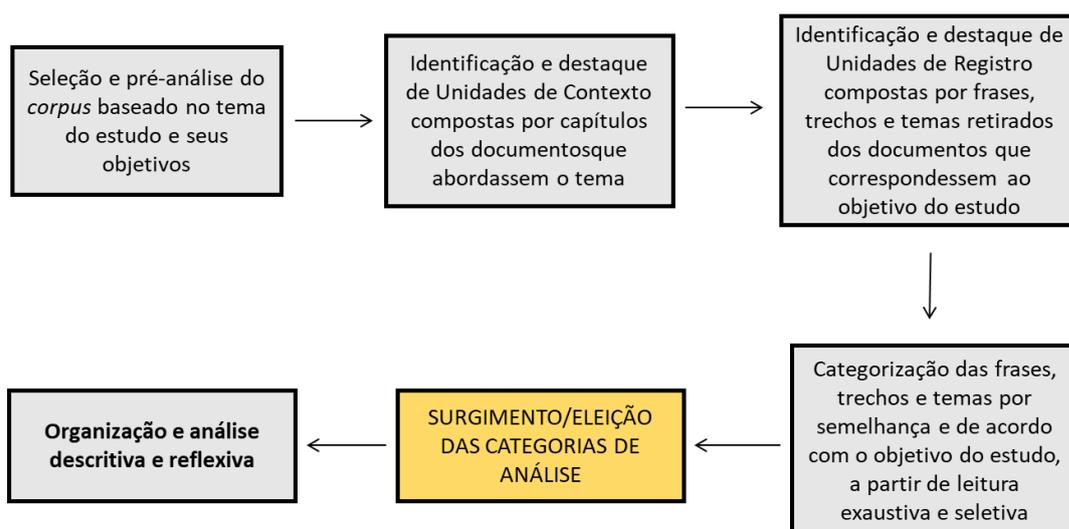
As unidades de registro foram compreendidas pela autora em consonância com a visão de Bravo (51) em que as mesmas se expressam por meio de concepções, afirmações ou temas retirados dos documentos.

A eleição de categorias foi realizada partindo-se da compreensão destas como uma forma de classificação dos dados. As categorias foram eleitas a partir da leitura e análise do material e os objetivos da investigação buscando responde-los.

Os dados foram organizados e apresentados de acordo com os objetivos do estudo conforme demonstrado nos resultados da pesquisa e analisados seguindo os pressupostos teóricos apresentados.

A figura a seguir demonstra o caminho percorrido na análise documental:

**Figura 1** - Passo a passo da realização da Análise Documental



Fonte: Elaborado pela autora.

### 3.3.4 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido para a análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz e aprovado conforme parecer de número 4.401.368 e número de CAE 39809920.8.0000.8027.

Vale ressaltar que o estudo respeitou os princípios éticos para pesquisas com seres humanos, seguindo as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e possui risco mínimo por se tratar de um estudo que utilizou dados secundários como base para sua investigação.

Os benefícios advindos da pesquisa referem-se à geração de conhecimento direcionado para a área da Saúde Pública, além da possibilidade de contribuir substancialmente para a avaliação e reflexão crítica do processo de mudanças na Atenção Primária do DF.

Ressalta-se que após a defesa da dissertação, pretende-se publicar artigos científicos seguindo todos os aspectos éticos aqui relatados. Os dados também serão compartilhados com gestores e profissionais ligados a APS da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para contribuir para o aprimoramento da Política de Saúde vigente.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 – PERSPECTIVA HISTÓRICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL ATÉ A IDEALIZAÇÃO DO PROGRAMA CONVERTEE

O quadro a seguir, elaborado pela autora, demonstra os principais marcos históricos referentes à trajetória da APS no Distrito Federal, os quais serão aprofundados posteriormente.

**Quadro 2** - Quadro resumo História da APS no DF

| Período          | Principais Acontecimentos  |
|------------------|--|
| <b>1960</b>      | Criação de Brasília, Plano Bandeira de Mello criação do FHDF   |
| <b>1979</b>      | Plano Jofran Frejat (inspirado em Alma-Ata)  |
| <b>1990-1998</b> | II Conferência de Saúde do Distrito Federal, Criação do Programa Saúde em Casa (PSC)   |
| <b>1999-2007</b> | Disputas políticas com o tema saúde, Plano de Conversão da APS, adoção das diretrizes da Estratégia Saúde da Família   |
| <b>2008-2011</b> | Aumento do número de médicos de família e comunidade, criação das Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DRAPS) e das Gerências de Saúde da Família (GESF)                                      |
| <b>2012-2015</b> | Aumento da cobertura populacional assistidas por equipes mínimas, coexistência de ESF e Centros de Saúde Tradicionais, criação das Gerências de Serviços de Atenção Primária (GSAPS)                       |
| <b>2016</b>      | Drecreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016, que dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Resolução nº 465 - bases para a reorganização da APS no DF |
| <b>2017</b>      | Portarias SES-DF nº 77 e nº78 – Programa Converte  |

Fonte: Elaborado autora.

Quando Brasília foi criada em 1960, o setor saúde no país era caracterizado pela busca de novas tecnologias, associada à progressiva especialização da prática médica. Visivelmente havia um contraste entre o enfoque curativo e o preventivo, entre

a assistência individual e a coletiva. Propunha-se para a nova capital a oferta de serviços públicos modernos em relação às demais regiões do país e do mundo.

Buscou-se a partir disso uma organização "sistêmica e integral com vistas a oferecer, universalmente, serviços equitativos de saúde, dentro de um modelo assistencial voltado aos diversos aspectos relacionados com a manutenção da saúde e sua pronta recuperação, quando necessário." (52).

O sistema de saúde do DF pode ser descrito sob a ótica de dois principais planos: Bandeira de Mello de 1960 e Jofran Frejat de 1979. O primeiro criou uma instância de gestão denominada Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), por sua vez subordinada à Secretaria de Estado e Saúde (SES-DF) e integrada a partir de estruturas hospitalares de diversos níveis de complexidade e uma rede de serviços básicos em todo DF, que teria capacidade de atendimento a uma população de 500 mil habitantes (53).

No final da década de 1970, a estrutura existente no DF tornou-se inadequada e insuficiente para atender a população, visto que aproximadamente 70% dos atendimentos aconteciam no pronto-socorro (5).

Somado ao crescimento acelerado e a insatisfação dos usuários com o modelo de saúde, a demanda reprimida e baixa qualificação dos profissionais contrastavam com a proposta do Plano de Saúde original (5).

Inspirado no ideário de Alma Ata, surge o plano proposto por Jofran Frejat<sup>15</sup> (1979 apud ((5)) que buscava solucionar os problemas evidenciados na organização da saúde no DF.

---

<sup>15</sup> Frejat J. Sistema de saúde do DF: modelo para o país. Rev Saúde Dist Fed 1999; 10:53-9. apud (5)

O modelo tinha como base a estratégia do cuidado primário prestado em postos nas zonas rurais e nos centros de saúde, ofertando especialidades como ginecologia, pediatria, clínica médica e odontologia para cada 30 mil habitantes. O modelo abarcava também a construção de hospitais regionais em cada “cidade satélite” e um hospital base que seria referência para a alta complexidade além de estabelecer a hierarquia na assistência e regionalização dos serviços (5).

Segundo a avaliação da proposta Frejat, houveram avanços no cuidado primário em termos de estrutura física, porém, constatou-se que havia uma limitação na formação de profissionais adequados ao modelo, resultando no "gradativo retorno da demanda espontânea aos serviços de emergência hospitalar e abandono dos centros de saúde pela população e pelos profissionais.” (5).

A partir de 1969 até 1983 três secretários conduziram a política de saúde no DF, todos formados em medicina e com baixa rotatividade na gestão da saúde. Em análise referente ao período que se trata, pode-se perceber a proposta pioneira de mudança na organização do sistema de saúde vigente na capital com foco na atenção primária. Foram construídas unidades de atendimento, entre postos e centros de saúde tradicionais, assim como foram criadas estruturas de apoio a fim de propiciar a descentralização de hospitais e aumentar o acesso das comunidades aos serviços de saúde (5).

Porém, mesmo com este investimento nas estruturas não houve paralelamente mudanças do processo de trabalho e maiores investimentos na formação de profissionais, principalmente o que tange a categoria médica. Desta maneira, documentos demonstram que o plano Frejat não provocou mudanças no modelo assistencial (5).

No período compreendido entre 1990 e 1998 houve uma maior rotatividade na gestão da saúde no DF. A promulgação da Constituição Federal de 1988, que a concebia como “direito de todos e dever do estado”, princípio regulamentado

posteriormente pelas Leis nº 8.080 1 e nº. 8.142 25 de 1990<sup>16</sup> foi um momento marcante para a política de saúde no DF, principalmente, no tocante a implantação da Atenção Primária à Saúde (5).

A partir do relatório da II Conferência de Saúde do Distrito Federal foi enfatizado o distanciamento entre os dados epidemiológicos e as ações da rede básica. Além disso, outros aspectos como centralização da gestão, crescimento demográfico desordenado, baixa resolubilidade da rede física de Atenção Primária à Saúde e redução de recursos para a saúde eram destacados naquele momento. Desta forma, foi reforçada a decisão do governo de criar o Programa Saúde em Casa (PSC) como forma de organização da APS (5).

Apesar de evidências demonstrarem um avanço em termos de cobertura populacional pelo programa, foram pontuadas diversas limitações da proposta, entre elas: duplicação de estruturas de atendimento, estruturas precárias em casas alugadas, desarticulação dos serviços existentes e contratação de trabalhadores de forma não-governamental (5).

O período compreendido entre 1999 e 2007 representou um marco para as mudanças na APS, uma vez que neste momento a política de saúde passa a integrar a pauta de discussões entre profissionais de saúde, além de fazer parte das disputas político-partidárias e justificar as parcerias público-privadas para a gestão do setor (5).

Apesar dos avanços citados, estes não foram suficientes para alterar o funcionamento das unidades tradicionais na APS. Além disso, o período dos anos 2005 a 2008 foi marcado pela adoção do Plano de Conversão da Atenção Primária, que propunha

---

<sup>16</sup> Brasil. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990; 20 set. Apud (5).

a adoção das diretrizes da Estratégia Saúde da Família para os centros de saúde tradicionais. Porém, não houve paralelamente uma organização de rede nos demais níveis de atenção o que não condizia com a proposta de estruturação efetiva da ESF (5,53).

Seguidos pelo anseio de ampliação da APS no DF, o período compreendido entre 2008 a 2011 foi marcado pelo aumento do número de médicos de família e comunidade nos espaços da Secretaria de Saúde e em 2011 ocorreu à criação das Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DRAPS) e das Gerências de Saúde da Família (GESF), no âmbito das Regionais de Saúde. Segundo Nabuco et al (54):

A mudança no organograma da SES-DF foi fundamental para o fortalecimento da gestão da APS em âmbito local, eliminando a hierarquia que conferia mais prestígio às Gerências dos Centros de Saúde (GCS), ainda em modelo majoritariamente convencional, em detrimento das lideranças da Saúde da Família (NAPESF e GAPESF). (p. 2227)

Entre 2012 e 2015, houve um significativo aumento da cobertura populacional assistidas por equipes mínimas, porém, ainda perduravam dificuldades nos processos de trabalho, somadas a dicotomia demonstrada pela existência de equipes da ESF e o cuidado convencional ofertado pelos Centros de Saúde, gerando conflitos entre gestores e profissionais, e desinformação à população atendida (54).

A partir de 2015, com a eleição do então governador Rodrigo Rollemberg, foram observados sinais de que a organização do modelo de saúde vigente na época não respondia adequadamente às necessidades de saúde da população.

Observava-se um modelo direcionado às condições agudas, com atuação fragmentada, na qual a expressão das dificuldades era observada, principalmente, na superlotação de serviços de emergência hospitalares, na subutilização das Unidades de

Pronto Atendimento (UPA), na falta de leitos hospitalares, nas longas esperas por especialidades e também na baixa cobertura e resolatividade da APS.

Ao final de 2015, foram novamente reestruturados os cargos gerenciais da APS, extinguindo-se as Gerências de Centros de Saúde (GCS) e as Gerências de ESF (GESF), unificadas em Gerências de Serviços de Atenção Primária (GSAPS) (55).

A partir do Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016, que dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, foi criada a estrutura das Superintendências de Regiões de Saúde, Unidades de Referência Assistencial e Unidades de Referência Distrital (URD) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

As regiões de saúde foram divididas da seguinte forma:

1. Região de Saúde Centro-Norte;
2. Região de Saúde Centro-Sul;
3. Região de Saúde Oeste;
4. Região de Saúde Sul;
5. Região de Saúde Sudoeste;
6. Região de Saúde Norte; e
7. Região de Saúde Leste.

**Figura 2** - Ilustração das Regiões de Saúde do DF

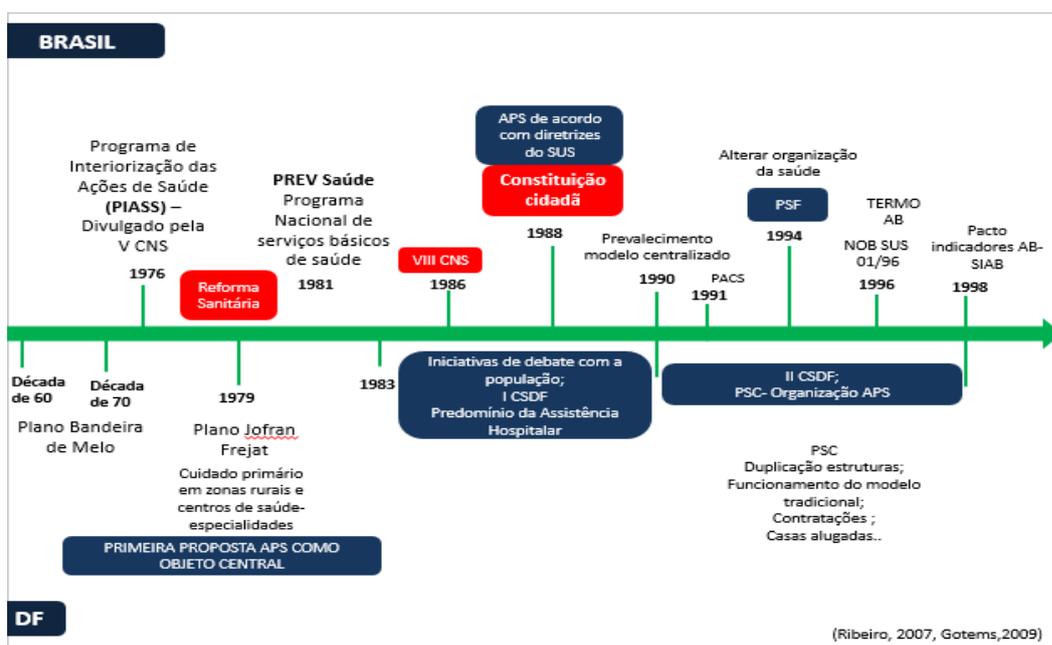


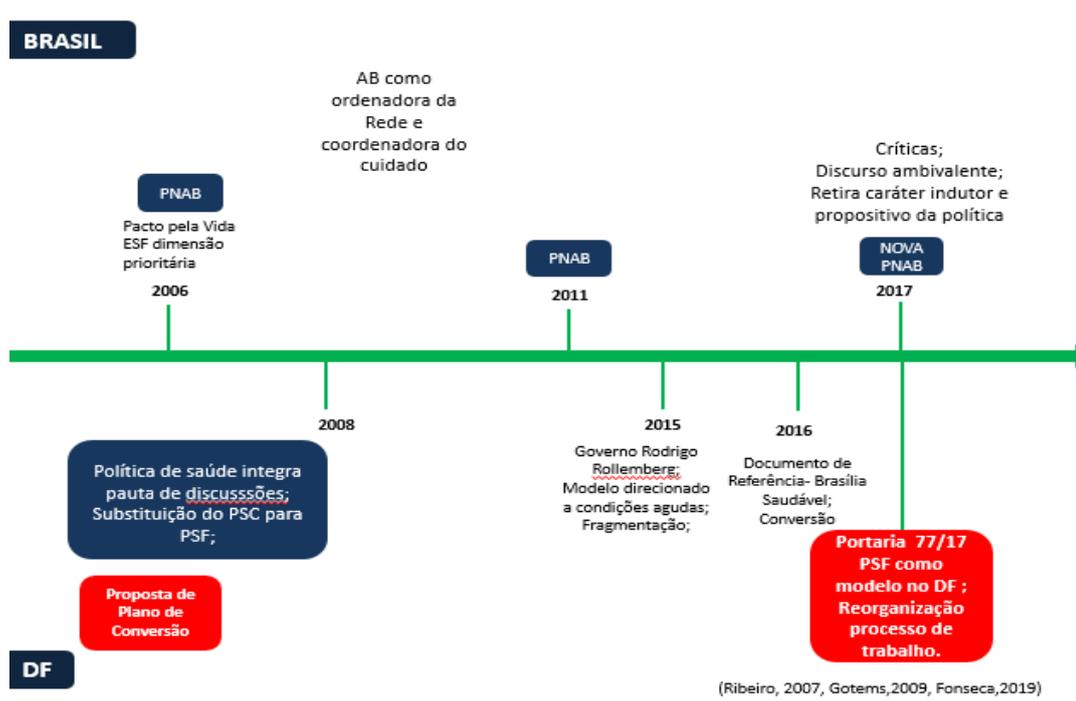
Fonte : *printscreen* do documento: Relatório Anual de Gestão 2016 / Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (56)

No dia 04/10/2016, ocorreram intensos embates/debates no Conselho de Saúde do DF e, a partir disto, nascia a Resolução nº 465 que lançou as bases para a reorganização da APS no DF, consubstanciada na Portaria SES-DF nº 77, de 14/02/2017. Segundo Nabuco et al, 2019, ocorria então uma “virada de chave” na APS no DF, onde se estabelecia uma nova política de APS no DF na qual a ESF torna-se seu modelo exclusivo de organização (54).

A reorganização da APS do DF, conhecida como “Programa Converte ou Convertee APS”, foi um dos componentes de uma ampla estruturação de rede de saúde no DF, conforme afirmado por Fonseca (6). Neste sentido, o autor advoga que o Programa se apresentava como um desafio e que mudanças em toda estrutura seriam necessárias para efetivamente se instalar o modelo de atenção.

**Figura 3** - Linha do tempo APS contexto Brasileiro e no DF





Fonte: Elaborado pela autora

A **figura 3**, acima, a seguir demonstra ilustrativamente por meio de uma linha do tempo, principais acontecimentos históricos da APS e situam o contexto do DF na historicidade da política pública de saúde no Brasil

#### 4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO DF ANTES E APÓS O PROGRAMA CONVERTE

O presente tópico destina-se a caracterizar a Atenção Primária a Saúde no Distrito Federal com foco nos momentos pré e pós Converte. A tabela a seguir traz um comparativo do quantitativa de UBS, por região de Saúde.

Nota-se por meio da **tabela 1** que em algumas Regiões de Saúde houve um incremento de Unidades Básicas de Saúde, sendo elas: Região Oeste, Sudoeste e Norte. As regiões Centro Sul, Leste e Sul apresentaram uma diminuição do número de UBS e na região Centro Norte houve a manutenção do quantitativo de UBS.

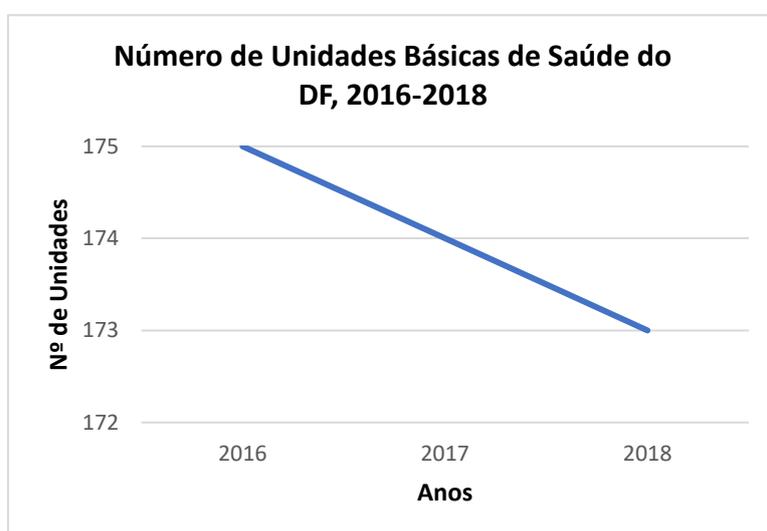
**Tabela 1** -Total de Unidades Básicas de Saúde próprias da Rede SUS-DF, por Região de Saúde onde estão localizadas, 2015 – 2018.

| <b>Regiões de Saúde</b> | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Centro-Sul              | 24          | 24          | 19          |
| Centro-Norte            | 10          | 10          | 10          |
| Oeste                   | 23          | 23          | 26          |
| Sudoeste                | 33          | 32          | 34          |
| Norte                   | 31          | 32          | 34          |
| Leste                   | 29          | 28          | 28          |
| Sul                     | 25          | 25          | 22          |
| <b>Total</b>            | <b>175</b>  | <b>174</b>  | <b>173</b>  |

Fonte: Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal. GECAD/DICS/CCSGI/SUPLANS/SES-DF. Dados extraídos do CNES/DATASUS, referentes a competência de dezembro de cada ano.

O gráfico a seguir demonstra a tendência do número total de UBS do DF.

**Gráfico 1** - Número de UBS no DF nos anos pré e pós Converte



Fonte: Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal. GECAD/DICS/CCSGI/SUPLANS/SES-DF. Dados extraídos do CNES/DATASUS, referentes a competência de dezembro de cada ano.

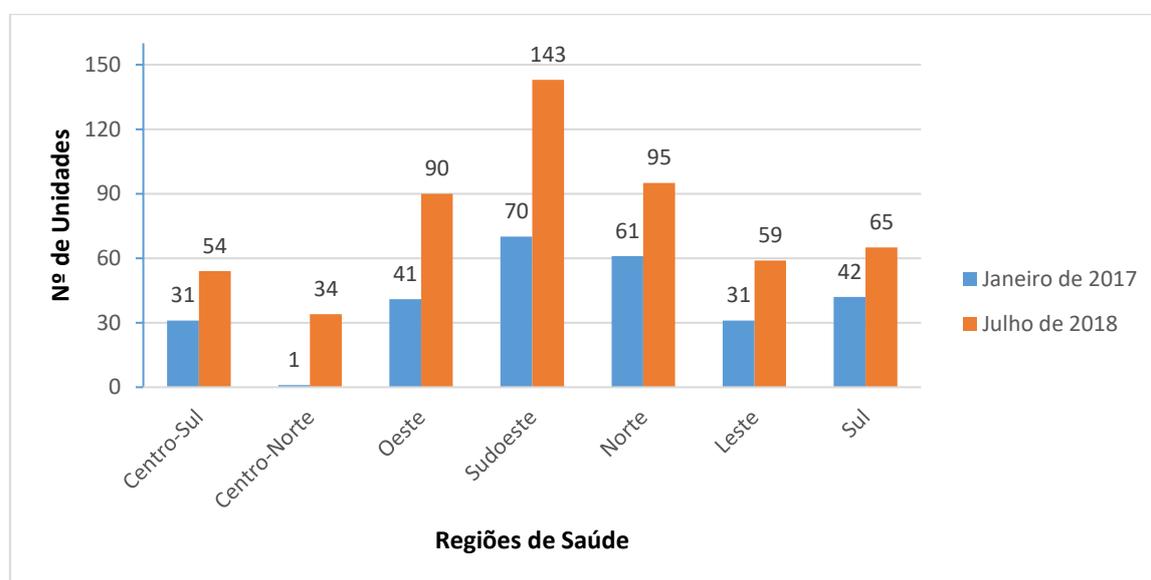
Segundo os dados levantados a partir dos relatórios de gestão, tal oscilação do número de UBS se dá por conta das alterações registradas no número de UBS no

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), além disso, as mudanças verificadas podem ocorrer também por conta da desativação automática no SCNES devido a não atualização cadastral conforme Portaria SAS/MS nº 118, de 18 de fevereiro de 2014 (57).

A partir dos dados demonstrados acima é possível verificar que não houve um aumento do número de UBS durante o Programa Converte no DF, os dados mostram uma diminuição do quantitativo destas Unidades para todo o DF.

Os gráficos que se seguem, demonstram o quantitativo de Equipes de Saúde da Família no “marco zero” do Programa Converte e no Pós Converte por Região de Saúde e o quantitativo de equipes em todo o DF:

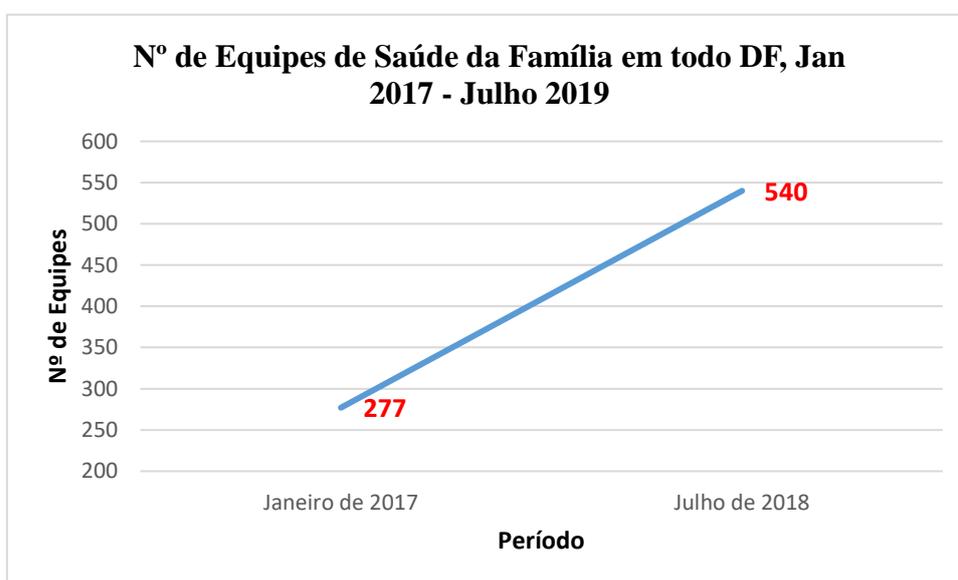
**Gráfico 2** -Número de Equipes de Saúde da Família por Região de Saúde no DF, Jan 2017-Julho2018



Fonte: Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal. GECAD/DICS/CCSGI/SUPLANS/SES-DF.

A partir dos **gráficos 2 e 3** é possível verificar um incremento importante de eSF na APS do DF. A região em que se observa o maior incremento é a Região Central, que tinha apenas uma equipe, em janeiro de 2017, e após o Converte passou a ter 34 em. Na sequência do incremento, no mesmo período, vêm as regiões Sudoeste (104%), Oeste (119%), Leste (90%), Centro-Sul (74%), Norte (56%) e Sul (55%) (**Gráfico 2**).

**Gráfico 3** - Número de Equipes de Saúde da Família em todo DF, Jan 2017-Julho 2018



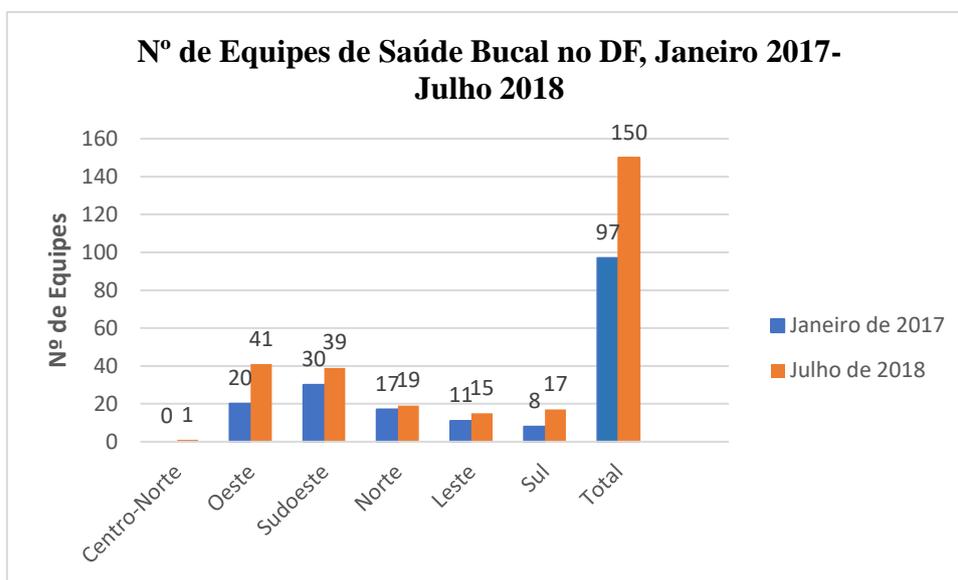
Fonte: Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal. GECAD/DICS/CCSGI/SUPLANS/SES-DF.

Observa-se então a partir do **Gráfico 3** que para todo o DF, houve um incremento de 263 equipes, o que corresponde a um aumento em 94% de eSF em todo território. Ocorreu também um incremento de cerca de 55% de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no DF, conforme demonstrado no gráfico abaixo.

Apesar de não ter sido verificado um incremento no número de UBS no DF (**Gráfico 1**), a observação do aumento significativo de número de equipes propõe que havia a coexistência de várias equipes em uma única UBS, tal fato é corroborado pela experiência da autora no contexto de trabalho na Região Leste de Saúde.

Na experiência, uma única UBS abrigava mais de 8 equipes de Saúde da Família, que compartilhavam sala de medicação, sala de vacina e outros serviços, além disso, o cenário precário predominante nas estruturas das UBS do DF é considerado uma forte característica determinada pelo papel marginal dado à APS ao longo dos anos (58).

**Gráfico 4** - Número de Equipes de Saúde Bucal (eSB) na Saúde da Família do Distrito Federal, segundo as regiões de saúde. Janeiro de 2017 e julho de 2018.



Fonte: Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal. GECAD/DICS/CCSGI/SUPLANS/SES-DF. Dados extraídos do CNES/DATASUS.

Observa-se a partir do **gráfico 4**, um aumento de Equipes de Saúde Bucal após a conversão do modelo tradicional para a ESF.

Apesar de serem verificadas experiências exitosas relacionadas a inserção da saúde bucal no âmbito da APS desde 1995, a inclusão dessa equipe na ESF, em âmbito nacional, ocorreu apenas em 2000 (59).

Para o DF o aumento do número de equipes, assim como o alcance de uma maior cobertura por parte das eSB foi colocado como parte integrante do projeto de reformulação da APS. Segundo os relatórios de gestão, tal mudança ocorre

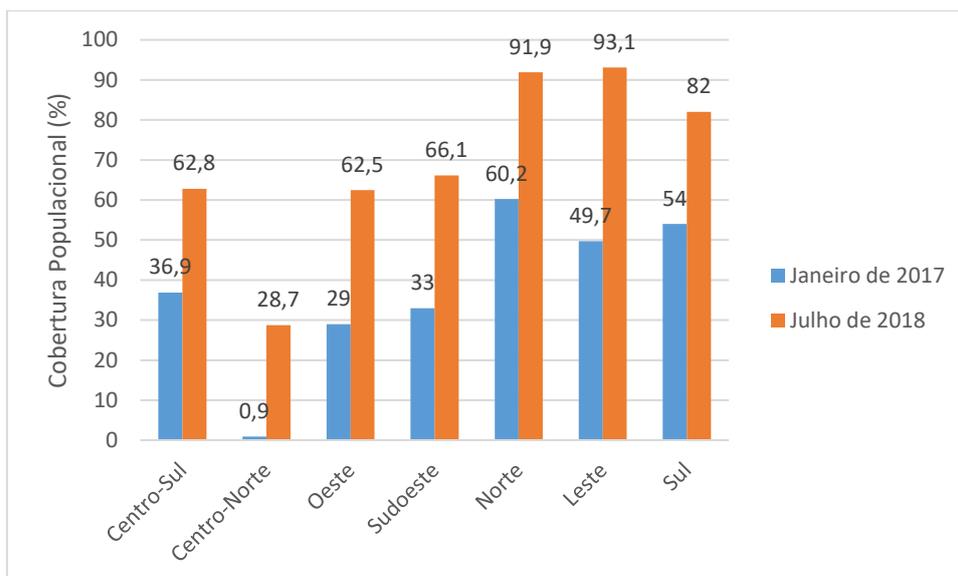
principalmente porque as eSB funcionavam na mesma lógica do modelo tradicional, deste modo:

Com a nova organização, cada equipe de saúde bucal pode ser vinculada a até duas equipes de saúde da família. Uma nova possibilidade surge para áreas de alta vulnerabilidade social, onde é permitido que cada grupo de saúde bucal atenda à população de uma Equipe de Saúde da Família. No acolhimento, o usuário deve ser submetido à classificação de risco, de acordo com os protocolos vigentes e as diretrizes da linha--guia de saúde bucal do DF, construída, nos últimos nove meses, de acordo com o novo modelo de atenção (60) (p.30).

Um estudo comparativo entre a adoção do Tradicional *versus* ESF realizado no município de Pelotas-RS, demonstrou diferenças favoráveis ao modelo da ESF na questão da Saúde Bucal. Tal resultado pressupõe que há uma diferença importante na longitudinalidade e resolubilidade entre os modelos (61).

Outro dado importante a ser destacado se refere a cobertura populacional das eSF antes e após o Programa Converte, vale destacar que a meta programada pela SES-DF era de uma cobertura de pelo menos 65% da população. No gráfico 5, apresentado a seguir, são apontadas as mudanças ocorridas em relação a cobertura populacional no DF por região de saúde e o gráfico 6 apresenta um comparativo em relação a cobertura de eSF no DF e no Brasil no mesmo período.

**Gráfico 5** -Cobertura populacional das eSF no DF por Região de Saúde nos períodos pré e pós Programa Converte.



Fonte: Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal. GECAD/DICS/CCSGI/SUPLANS/SES-DF.

A cobertura pela ESF sempre foi heterogênea no Distrito Federal e tal aspecto continuou sendo observado. Em relação a cobertura populacional da ESF por Região de Saúde, é possível verificar uma cobertura heterogênea, na qual em Janeiro de 2017 havia uma variação de 0,9% na Região Centro Norte e 60,2 na Região Norte.

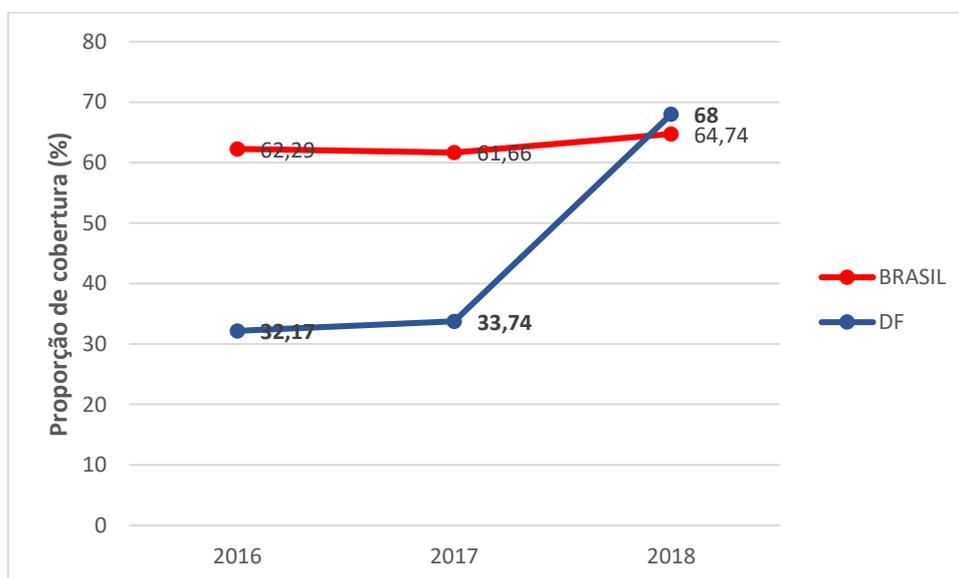
Em janeiro de 2017, considerado o marco zero da reforma da Atenção Primária à Saúde no DF, as coberturas populacionais variavam entre 0,9%, na Região Central, e 60,2%, na Região Norte. Após a reorganização da APS, nota-se um aumento de cobertura em todas as regiões apesar de ainda presente a heterogeneidade regional.

Evidências demonstram que o acesso a serviços de atenção primária contribuem não apenas na redução das taxas de internação e melhoria de indicadores, contudo também na diminuição de desigualdades socioeconômicas e na qualidade de vida, equidade e saúde da população. Portanto, o aumento da cobertura e da abrangência da saúde da família pode ser visto como um grande potencial de promoção da equidade (62).

Segundo Macinko., et al (2) o aumento da cobertura da ESF pode contribuir com ganhos significativos no campo da saúde, entre eles, quedas na mortalidade infantil, aumento no diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes levando a reduções em taxas de morbidade e mortalidade relacionadas as doenças cardiovasculares.

Conforme demonstrado no **Gráfico 6**, abaixo, o DF ficava bem abaixo em termos de cobertura populacional das eSF em relação à média brasileira. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, o DF ocupava há tempos o último lugar entre as capitais brasileiras no ranking nacional em termos de cobertura populacional da ESF, dado este que se mostra assombroso visto a contemporaneidade de Brasília e o fato de ser a capital do país.

**Gráfico 6- Cobertura populacional das eSF no Brasil e no DF (2016-2018)**



Fonte: elaborado pela autora a partir de dados do Departamento de Atenção Básica/MS e de Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal. GECAD/DICS/CCSGI/SUPLANS/SES-DF

As disparidades em relação às coberturas por Unidades da Federação e entre as capitais são atribuídas à diversidade dos processos de gestão local entre os municípios

e os estados brasileiros. Mesmo com forte influência do Governo Federal, os processos organizativos são distintos e variados o que resulta em grandes diferenças na implantação da ESF, inclusive abalando as coberturas locais, acesso a serviços e resultados. Tais diferenças refletem muitas vezes as prioridades na implantação e organização e diferentes estágios de gestão e de priorização (63,64).

Comparando a situação do DF, até a idealização do Converte, nota-se como já mencionado, um atraso na conformação da APS e um histórico de não priorização desta agenda.

Estudos demonstram que nos últimos 10 anos houve um significativo aumento do número de eSF no Brasil, com um crescimento significativo da cobertura da população brasileira coberta pela ESF e segundo Tasca et al. (65) o último pico de crescimento observado, foi entre 2013 e 2014 com a Implantação do Programa Mais Médicos.

Segundo Gottens., et al (53) o histórico do DF aponta para uma cobertura inicial de 50% da população coberta pela ESF em 1994, quando houve a adoção da ESF pelo MS, após isto, observou-se sucessivas quedas na cobertura e a partir dos dados apresentados no Gráfico 6 sugere-se que houve no DF um alcance da proporção da cobertura do Brasil em 2018, após a conversão do modelo de APS no DF.

Autores que defendem a organização da APS a partir da ESF enfatizam que é de grande importância a extensão da cobertura, principalmente a populações desassistidas (66–68) reforçam ainda a contribuição da estratégia para a reorganização de sistemas locais de saúde e para a reversão de modelos hegemônicos biologicistas de assistência. Apesar disso, os autores acima citados também ressaltam que, apesar da relevância da expansão de cobertura a mesma é insuficiente para propiciar a reorientação do modelo (66,67).

Partindo então dessa necessidade de compreender com mais profundidade quais seriam as bases conceituais e ideológicas além dos caminhos percorridos para o alcance dos resultados demonstrados acima, o próximo capítulo dedica-se a uma análise deste processo de reorganização ocorrido no DF a partir do Converte.

### 4.3 PROCESSO DE REORGANIZAÇÃO DA APS NO DF A PARTIR DA VIGÊNCIA DO PROGRAMA CONVERTE

Conforme processo de análise detalhado na metodologia do estudo, os sentidos analisados delinearão quatro categorias, conforme quadro a seguir:

#### **Quadro 3 - Categorias emergentes dos documentos**

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>CATEGORIAS</b> | (1) A idealização do Converte e a entrada da APS na agenda governamental do DF              |
|                   | (2) Bases conceituais de Atenção Primária a Saúde utilizadas para a reorganização do modelo |
|                   | (3) A organização e as etapas para a conversão do modelo                                    |
|                   | (4) Qualificação da força de trabalho   |

Fonte: Elaborado, autor 2021.

#### 4.3.1 A Idealização do Converte e a Entrada da APS na Agenda Governamental do DF.

Esta categoria incorpora sentidos referentes às movimentações, gestos políticos e fatores que impulsionaram o processo de reorganização da APS à Saúde no DF. De modo geral, os documentos analisados demonstram a partir da eleição de um novo gestor, problemas evidenciados na Rede de Saúde Pública do DF e subsequentemente as respostas que seriam dadas à estas evidências.

Conforme demonstrado na historicidade das Políticas Públicas no DF, desde 2015, com o advento da nova gestão, já eram feitas modificações na Rede de Saúde,

partindo da própria reestruturação das Regiões da Saúde. Porém, como um primeiro gesto mais sólido em relação as propostas para a APS em específico, surge o “Projeto Brasília Saudável”, do qual derivou o documento intitulado “Brasília Saudável. Fortalecimento da Atenção Primária a Saúde no Distrito Federal”(69).

No referido documento, são expostas diversas problemáticas em relação a Rede de Saúde com grande enfoque na APS.

A área da saúde do Distrito Federal tem apresentado inúmeros sinais de que a forma de organização dos serviços, seu funcionamento e o modelo de gestão assistencial não vêm sendo capazes de responder adequadamente às necessidades de saúde da população brasiliense.” (p. 2)

A Atenção Primária à Saúde (APS) atualmente, além da baixa cobertura por Estratégia Saúde da Família de apenas 30,7%, apresenta abordagem assistencial de baixa resolutividade, em condições precárias de trabalho, sem retaguarda de especialidades médicas e desconectada da atenção hospitalar. A consequência é que as emergências dos hospitais regionais se tornaram a grande porta de entrada dos usuários no Sistema de Saúde do DF e não as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como deveria acontecer. (p. 2)

Conforme explicitado nos trechos acima, o governo no DF notava grandes lacunas na abordagem/modelo assistencial vigente e tal fato é corroborado na história da APS no DF, em que esta majoritariamente ocupou no tempo um lugar marginalizado.

Segundo Paim (70) o modelo de atenção ou modelo assistencial “é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação”.

Neste sentido, a falta de uma centralidade da APS como proposta de organização do cuidado em saúde, remonta a dificuldade em construir bases para o desenvolvimento de novas práticas sanitárias, práticas essas, voltas a desconstrução de

matrizes alicerçadas em modelos assistenciais pouco resolutivos e que não se inserem no bojo dos princípios e diretrizes do SUS (67).

Encontrava-se ainda no DF, a coexistência de modelos assistenciais, sendo eles, modelo Tradicional (Centros de Saúde) e Estratégia Saúde da Família, visto como problemático para o alcance de resultados efetivos na saúde da população. Tal fato é referido em alguns trechos conforme pontuados a seguir:

(...) Coexistência, sem harmonia, de dois modelos de organização da APS nas regiões, quais sejam, os Centros de Saúde Tradicionais e a Estratégia Saúde da Família”

(...) a Estratégia Saúde da Família hoje tem um papel periférico na organização da APS do DF, atualmente com equipes dispersas nas Regiões de Saúde, sem nenhuma condição para exercer seu papel de ordenadora das redes de atenção à saúde, o que reduz sensivelmente a capacidade de atender às necessidades de saúde e aumenta a demanda da população de forma expressiva nas portas das emergências dos serviços hospitalares. Por outro lado, os Centros de Saúde, que atuam na forma tradicional de oferta de ações e serviços pautados em especialidades básicas e que exerceram papel importante ao longo da trajetória do DF, ainda operam com características de organização da gestão e atenção que conflitam com os princípios da estratégia.” ( (69) p.2)

Os achados na literatura, indicam que no Brasil a reorganização da APS a partir da ESF agregou diversas melhorias frente ao modelo até então predominante, denominado como “modelo tradicional”. Neste modelo os cuidados primários são centrados na figura médica e se fragmenta entre as especialidades de clínica médica, pediatria e ginecologia (60).

Os chamados Centros de Saúde na época de sua implantação em 1920, eram pautados na lógica americana dos *Health Centers* e são considerados inclusive como embrião de um movimento no Brasil a instalação de ambulatórios permanentes, estes, atuando basicamente com orientação preventiva (15).

Vale ressaltar que nacionalmente o PSF é difundido como prioritário desde sua criação e em 2006 com sua afirmação enquanto estratégia de qualificação e expansão da atenção à saúde em todo território (71).

Apesar disso, embora a história da saúde no DF demonstre algumas tentativas de reorganização da APS, nota-se um grande retardo para o vislumbre da consolidação de tal modelo, visto a presença dos Centros de Saúde na organização da saúde no DF ainda em 2016.

Além de questões relacionadas a qualificação e expansão da atenção a saúde, estudos demonstram também que a ESF pode ser mais custo-efetiva, ou seja, garante a prestação de serviços com menor custo e maior efetividade (58).

Em relação aos custos e financiamento da APS o documento Brasília Saudável (69) apresenta uma frase sucinta, que possui porém um grande caráter analítico daquele momento para o DF: “A opção por esse modelo está orientada por resultados positivos, inquestionáveis, registrados na literatura nacional e internacional e **é facilitada pela existência de co-financiamento federal.**” (p. 14) (grifo nosso).

A partir do destaque realizado acima, vale ressaltar que apesar dos documentos não explicitarem de maneira mais abrangente a questão dos custos e financiamento, as adversidades financeiras encontradas a época, também podem ser verificadas como um fator fundamental e visto como medular a partir do envolvimento da autora em relação a entrada da pauta da APS no DF.

Tal visão é corroborada por Fonseca (6) na qual o autor advoga:

(...)dívida impagável...; gastos com pessoal acima dos limites prudenciais da Lei de Responsabilidade Fiscal, dificultando a substituição de aposentadorias e exonerações; orçamento minguado, dada a crise econômica nacional dos últimos anos; força de trabalho insuficiente para a demanda da saúde; desorganização da rede com atenção primária fraca e fragmentada e inexistência do nível secundário organizado; frágil regulação de serviços; modelo retrógrado de gestão.

Além disso, sempre houve resistência de sindicatos, autoridades de controle e de forças políticas locais às tentativas de inovação necessárias para mudar o rumo dessa história. (p. 1982)

Outro aspecto relevante e pertinente para tal análise se dá no fato das características do DF em relação ao SUS serem distintas quando comparadas ao restante do país, em que a principal diferença é evidenciada na dupla natureza do DF como ente federativo, com funções de Estado e de Município, o que é relevante no contexto da saúde pública e do federalismo sanitário (6).

Além disso, no fundo constitucional no qual Brasília se insere há o repasse da União que se destina à segurança pública, saúde e educação, em razão de abrigar a Capital do País. No passado, este valor repassado ao DF, permitiu certa estabilidade financeira, porém, com o aumento da demanda por saúde pública, desinente do envelhecimento da população e do avanço das doenças crônicas e da crise econômica que o País atravessara, os recursos tornaram-se insuficientes para manter a regularidade de contas (6).

Vale ressaltar que a situação nacional a época da idealização do Converte era marcada por uma forte instabilidade política, evidenciada desde 2013 e agravada nos anos seguintes por uma crise econômica e social que culminou em 2016 no *impeachment* da presidenta reeleita em 2014, dando destaque na época a medidas de ajustes fiscais, incidindo fortemente sobre políticas sociais e trabalhistas e a processos societários e institucionais que colocavam em risco a democracia e a política enquanto ação pública (72).

Desta forma, os achados nos documentos apontam para uma teia de problemas referentes ao alcance da APS somados a uma complexa necessidade de promover um equilíbrio das contas públicas. Apesar de haver então múltiplos fatores

envolvidos na entrada da pauta do Converte no DF, observa-se a partir da análise dos documentos um amplo espectro de soluções e respostas que seriam dadas, nos quais a APS parece ter um caráter central.

Os fatos citados anteriormente remontam a uma forte atenção governamental dada as questões relacionadas a APS no DF, neste sentido, vale inculir no presente estudo o que de fato tal atenção representa no contexto da reorganização da APS no DF.

Neste sentido, Jones e Baumgartner (73) afirmam que a atenção é um passo primordial para a formação de uma agenda política específica.

Levando em consideração que atenção é um recurso escasso, e que as organizações estabelecem prioridades de atuação, o estudo de uma agenda política significa identificar como o governo distribui atenção entre as questões existentes, e decide o que é um problema a ser priorizado.

Ao fazer a seleção de informações e dirigir a atenção a questões específicas, os gestores tendem a tornar prioritários elementos mais próximos às suas próprias crenças e preferências, buscando também adaptar a política à legislação e às normas já preconizadas (74).

No caso do DF, o Converte foi idealizado por uma gestão que tinha como Secretário de Saúde um médico especialista em Saúde da Família e Comunidade, o que pode contribuir de certa maneira para os arranjos e percepções que foram delineadas para as propostas que viriam. Além disso, os documentos apontam de maneira geral para um arcabouço normativo fortemente pautado pela construção social do SUS a partir de suas diretrizes e insígnias, demonstrado inclusive pela afirmação da reorganização da APS a partir das normativas como uma Política Pública de Saúde.

Tal afirmação pode ser exemplificada na Portaria nº77 de 2017, em que a mesma “estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do DF”. Desta forma, o

vislumbre para o DF se dava em basicamente alcançar as prerrogativas da APS já pautadas anteriormente no contexto brasileiro (75).

Apesar do *corpus* do presente estudo abordar especificamente - devido aos objetivos - algumas portarias específicas, o período de reorganização da APS no DF foi marcado por diversos atos normativos que nortearam tal processo.

Segundo dados obtidos, houve a necessidade de legitimar as propostas, tal fato pode ser observado através do seguinte trecho:

Estava dada a largada, mas era necessário legitimar a proposta com os principais atores sociais e políticos. Esse caminho se inicia no Conselho de Saúde, passa pela articulação com representantes do Poder Legislativo, ex-pande-se nos vários fóruns e encontros de gestores e técnicos, e vai ao encontro dos servidores. ((60),p. 40)

Na unidade de registro apontada acima, vale o destaque de dois aspectos, um está relacionado a demonstração da busca de um compromisso efetivo com a governança do Sistema de Saúde com os valores e princípios da APS, estes, expresso em leis, políticas e estratégias baseadas na ESF.

Tal aspecto está relacionado intrinsecamente aos requisitos para a implementação de políticas rumo a um APS forte, (65) pois, o arsenal normativo garantiria de certa forma mais sustentabilidade, numa perspectiva futura, para as ações, ou seja, as gestões subsequentes teriam mais dificuldade em desatar ou interromper esse processo de reorganização da APS.

Apesar disso, um outro destaque que a autora observa em sua análise é que o trecho faz referência a uma sequência de atores sociais e políticos envolvidos no processo e neste caminho os servidores, que seriam “a ponta” ou os atores que colocariam na prática as mudanças, foram inseridos por último neste “encontro” para a legitimação da proposta.

Tal análise remonta a possibilidade de uma baixa participação dos diferentes atores envolvidos no processo de mudanças, principalmente dos “servidores”. Neste sentido, a análise dos portfólios da Residência Multiprofissional é condescendente com esta possibilidade, visto que foram apontados nos relatórios a uma grande resistência por parte destes atores com o processo. Os relatórios e a experiência da autora no contexto da APS no DF, revelam que havia um sentimento de não pertencimento dos servidores no processo, em que, muitos destes viam a reorganização como um processo verticalizado ou autoritário.

Vale enfatizar, no entanto, que o Conselho de Saúde do DF, como uma forma de controle social com participação prevista de profissionais de saúde, foi de extrema relevância para a viabilização e idealização do Converte, vide a Resolução nº 465/2016 (76) que forneceu suporte as decisões da gestão distrital e reconhecia a necessidade e importância da reformulação da APS.

#### 4.3.2 Bases Conceituais Sobre Atenção Primária a Saúde Utilizadas para a Reorganização do Modelo

Esta categoria apresenta os pressupostos e conceitos centrais utilizados para o delineamento do Programa Converte e suas normativas. De acordo com os documentos analisados, a concepção de APS, utilizada, situa-se principalmente dentre conceitos advindos das recomendações de Alma-Ata, da Saúde como Direito a Cidadania e do ideário e configuração do Sistema Único de Saúde.

O primeiro documento que abordava tal sentido, descreve a seguinte unidade de registro:

É absorvido o conceito amplamente estabelecido entre o coletivo de Secretários Estaduais de Saúde, para o qual a APS caracteriza-se por

um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, que utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território ((2), p. 13)

Em um estudo realizado por Aguiar (8) o mesmo discorre sobre a construção internacional do conceito de APS e a influência desta construção no contexto brasileiro.

Segundo o autor:

Ao início do século XX, a saúde no Brasil esteve associada à questão econômica – o que estimulou o aparecimento de ações de saúde pública, arbitrárias e compromissadas com o saneamento de espaços estratégicos à produção econômica e à exportação. Com o passar do tempo, assistiu-se ao aprofundamento da dicotomia entre as ações de saúde pública e a assistência individual à saúde – agravada pelo modelo privativista, implementado pelo regime militar. (p. 123)

Além disso, a partir da redemocratização do país o cenário brasileiro levantou o questionamento do modelo vigente no setor saúde. Neste sentido, os movimentos em busca de reformas e o advento da Reforma Sanitária, trouxe consigo a invocação da participação popular e uma luta social que culminou nos ideais expressos na Constituição de 1988.

É indiscutível que há uma influência notável das propostas de Alma-Ata na constituição do Sistema de Saúde Brasileiro, visível, sobretudo pela legitimação do direito universal à saúde, na concepção ampliada do mesmo, na participação social e na regionalização e hierarquização dos serviços.

O caso do DF, demonstra uma busca de estruturar e prover um modelo de assistência pautado nessa luta social de construção de uma Política Pública de Saúde como Direito a Cidadania.

São evidenciados nos diferentes documentos desta construção e colocados como norte na idealização da reorganização do modelo assistencial no DF.

O registro abaixo, exemplifica tal afirmativa:

(...)pleno exercício do Direito à Saúde para os cidadãos do DF, garantido por meio da oferta de serviços resolutivos, em ambientes humanizados, próximos às residências dos usuários e prestados com qualidade por profissionais formados e capacitados adequadamente ((69) p. 11)

Um outro achado nos documentos que vale ser destacado é a sinalização da gestão em garantir uma participação efetiva do Estado na garantia do Direito a Saúde, no documento Brasília Saudável a passagem abaixo recebe destaque: “(...) **controle rigoroso do Estado sobre os mecanismos de oferta de serviços de saúde**; (p. 11) (grifo nosso).

Segundo Augusto (77) , no contexto brasileiro as políticas públicas devem ser entendidas como referência ao Estado, para o mesmo autor a política pública refere-se à ação estatal nas “[...] diferentes dimensões da vida social [...]” e teria por função impor “[...] uma racionalidade específica às várias ordens de ação do Estado, um rearranjo de coisas, setores e situações” ( (77) p. 84).

No caso específico do DF, observa-se um movimento político que permite a implementação e sobretudo a manutenção de políticas públicas a partir da normatização e atenção política voltada a APS, conforme pontuado na categoria anterior.

Para além disso, encontram-se nos documentos diretrizes que visam o Fortalecimento da participação da Comunidade e controle Social na Gestão da SES-DF. Nota-se que em 2016 as metas programadas para tal diretriz referente à implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa na SES-DF não foram alcançadas, porém, nos anos seguintes – momento do Programa Converte – são alcançadas as metas referentes às diretrizes.

Tal fato, remonta a um processo que incorpora a participação social como condição para o alcance da democracia, pois a gestão ao se debruçar sobre a discussão

em torno da participação comunitária, agrega uma nova relação entre o Estado e a Sociedade na qual as decisões sobre as ações na saúde deverão ser negociadas com os representantes da sociedade.

Coerente com a aceção acima, Tasca (65) advoga que uma APS forte, mais do que ser orientada para os cuidados das pessoas e comunidades, a mesma deve ser construída em parceria com seus usuários na qual a população legitime as ações da APS.

Abaixo, estão listadas algumas ações realizadas do DF que estão no bojo da análise acima referida:

- Mapeamento da situação dos conselhos regionais de saúde;
- Implantação de reuniões sistemáticas para articulação e integração entre CSDF, conselhos regionais e superintendências;
- Promoção de cursos de capacitação e auditoria para os conselheiros de saúde do DF;
- Cursos de capacitação para conselheiros gestores. ( (60) p. 171)

Um outro conceito relevante encontrado nos documentos é o dos Determinantes Sociais na Saúde (DSS), a partir de registros do documento Brasília Saudável (69) , foi realizada a seguinte proposta:

...afirmação da Cidadania como principal abordagem no enfrentamento dos Determinantes Sociais de Saúde, reforçando aqueles que protegem a condição de saúde dos usuários, e na integração das ações de governo que promovem a inclusão social, sobretudo em grupos vulneráveis;(p. 11)

A partir da definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde se relacionam às condições em que as pessoas vivem e

trabalham, neste conceito são considerados fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que atuam na ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, quais sejam de como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego (78).

A evocação deste conceito, remonta novamente aos destaques feitos pela Conferência de Alma-Ata nos anos 70 e nesta mesma lógica Sousa & Hamann (79) verificam a importância da produção de mecanismos de gestão que contemplem a complexidade das ações voltadas para a determinação ampliada do processo saúde-doença.

A evocação dos conceitos e recomendações realizadas a partir da conferência de Alma-Ata é evidenciada nos documentos com certo brio por parte da gestão, conforme trecho destacado abaixo:

A gestão da Secretaria de Saúde do DF demonstra que segue a tradição das sementes plantadas em Alma-Ata quando, em 14 de fevereiro de 2017, institui o marco legal da mudança, publicando duas portarias que passaram a orientar a grande reforma da Atenção Primária.” ((60) ,p. 22)

Corroborando com o caso do DF, Campos & Guerreiro (80) afirmam que estratégias de fortalecimento da gestão da APS e consolidação da ESF são instrumentos que podem induzir a superação de barreiras que possam travar a qualificação do trabalho na direção da “saúde ampliada”. Neste sentido, vale a análise de que o Programa Converte pode ser uma estratégia que fortifica a qualificação do conceito da saúde em seu sentido mais amplo.

A presente categoria exprime uma análise em que o Programa Converte quando colocado na perspectiva histórica e conceitual da APS no DF, demonstra ser um importante marco em termos de propagação da Estratégia Saúde da Família como prioritária no contexto das políticas públicas.

Após ressaltadas tais questões que aproximam os conceitos utilizados na base do Programa Converte, alguns pontos valem ser colocados como controversos no tocante a estes conceitos.

A análise dos relatórios de gestão (2016, 2017, 2018), demonstram uma continuidade do número de Agentes Comunitários de Saúde no DF mesmo com o aumento de equipes e de cobertura. Neste sentido, levando em consideração o conceito de APS colocado como norteador do Converte surge a seguinte questão a ser analisada: Como alcançar os princípios da APS, sejam eles relacionados a proximidade que esta deveria ter com a comunidade sem a presença dos ACS?

A questão levantada acima, inicia uma discussão sobre como de fato foi realizada a conversão, uma vez que o processo deveria resultar não somente no aumento do número de equipes e cobertura, mas também evidenciar na prática os anseios conceituais postos pela história da APS como política pública. Esta discussão será aprofundada também na próxima parte da dissertação.

#### 4.3.3 A Organização e as Etapas para a Conversão do Modelo

Apresenta-se nesta categoria, dados e unidades de análise que permeiam as singularidades do processo referentes às etapas, regras e a organização que a gestão promoveu no sentido de alcançar o objetivo de reconfiguração da APS.

O primeiro documento a fazer referência a como aconteceria as mudanças na APS no DF foi o documento Brasília Saudável (69). Nele, são apontadas estratégias de curto, médio e longo prazo para a implantação da ESF na APS. Apesar disso, o referido documento ainda não dava as diretrizes para a ocorrência da conversão.

Vale destacar também que o documento Brasília Saudável (69) fez menção a participação do terceiro setor para a organização da APS no DF, devido a:

(...)as rígidas regras para contratação de pessoal por concurso público, as dificuldades em executar mudanças nas políticas de gestão, bem como o engessamento dos contratos às regras de licitação são incompatíveis com a velocidade de resposta exigida da gestão na saúde. (p. 18)

Neste sentido, são delineadas as seguintes condutas no documento:

“(...)A participação de entidades do terceiro setor confere à administração pública a possibilidade de trabalhar de acordo com a sistemática da gestão privada, mantendo a competência para regular, determinar como fazer, controlar e fiscalizar a ação dessas entidades.” (p. 18)

“(...)A parceria entre a SES/DF e entidades do terceiro setor, vinculadas e instrumentalizadas por contratos de gestão, permitirá que os esforços para a organização e funcionamento da Atenção Primária em Saúde sejam direcionados para:

- expansão da cobertura populacional por Estratégia Saúde da Família, organizando e gerenciando o processo e força de trabalho das Clínicas da Família ;
- manutenção, funcionamento e fortalecimento das atividades desenvolvidas nos Centros de Saúde Tradicionais (p. 18)

Analisa-se a partir das unidades destacadas acima, que houve uma orientação para a inserção de contratos com Organizações Sociais (OS) para a organização da APS no DF.

Vale ressaltar que no Brasil a implantação de OS, surge nos anos 90 com o discurso neoliberal de crise econômica/gerencial, cuja propostas de superação eram baseadas em: ajuste fiscal, enxugamento da máquina pública e modificação de seu relacionamento com o setor privado (81).

Um trabalho realizado por Ramos e Seta (82) que avaliou o desempenho da APS em capitais do Sudeste com e sem a presença de OS, demonstrou que das 4 capitais analisadas, as duas identificadas como tendo modelo de gestão por meio de OS, São Paulo

e Rio de Janeiro, “de modo geral, não obtiveram melhor desempenho no conjunto dos indicadores perante as capitais que mantiveram a provisão e a gestão da APS por meio da Administração Direta”. (p. 12)

Os autores acima ainda destacam que apesar de uma capital ter apresentado após a implantação das OS um significativo aumento de cobertura populacional na APS, capitais com gestão via Administração Direta alcançaram coberturas superiores, e ainda com melhores resultados em indicadores avaliados na ocasião do estudo (82).

A experiência no DF, porém, não sucedeu a adoção de tal modelo de gestão. Bousquat., et al (83) em relação a este momento no DF, relata em seu estudo:

(...)esta medida recebeu importante contraposição do conjunto das organizações sindicais dos trabalhadores da saúde, bem como do Conselho Distrital de Saúde. Além disso, o ex-secretário ponderou que a lei de parcerias com Organizações Sociais de Saúde (OSS) vigente à época no GDF era ruim e demandava aperfeiçoamentos. Assim, o projeto de lei por ele encaminhado não 24 foi aceito pela Câmara Distrital, o que fez a gestão retroceder e pensar em outra estratégia (p. 23).

A questão referida pelo autor também é validada pela experiência da autora no contexto da APS a época, a partir da vivência nas Unidades de Saúde percebia-se uma forte pressão e descontentamento por parte dos servidores em relação a possibilidade de adesão a tal modelo.

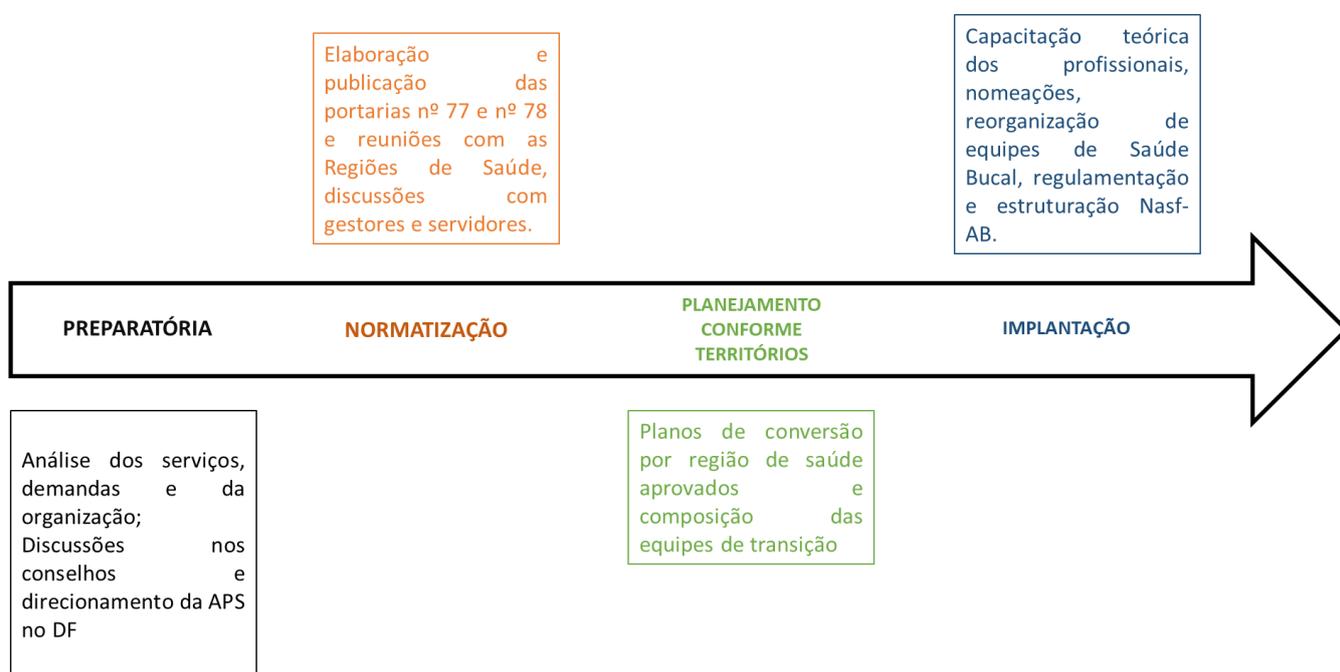
Vale ressaltar ainda que tal orientação está intrinsecamente ligada às questões financeiras do DF, como já citadas no presente estudo. Desta forma, a impossibilidade de reorganização da APS baseada nas OS, fizeram que a gestão avaliasse a própria força de trabalho existente na rede de saúde do Governo do Distrito Federal (83).

A análise documental revela que a percepção da gestão era de que seria possível iniciar a ampliação da cobertura com a reorientação da atuação dos profissionais que já atuavam nas UBS existentes, porém não trabalhavam no modelo da ESF. Desta forma, a construção da mudança necessitaria de bases conceituais e normativas, sendo estabelecidas as normativas nº 77 e nº 78 de 2017 (75,84).

A normativa nº 77 evoca principalmente os conceitos a serem tomados como base na Política de Atenção Primária a Saúde no DF, já a Portaria nº 78 traz como objetivo “disciplinar o processo” de conversão.

Para uma melhor visualização deste processo a partir da análise documental é demonstrado na figura abaixo a das principais etapas para a conversão do modelo:

**Figura 4 - Fases do processo da Reorganização da APS no DF**



Fonte: elaboração própria a partir de dados dos documentos do *corpus* do estudo.

A partir da divulgação das Portarias nº 77 e 78 de 2017, há o delineamento de como seria feita a conversão, neste sentido, como destacado na figura acima, cada Região

de Saúde elaborou seu plano de conversão baseado na normativa e levando em consideração as especificidades locais. Destaca-se as equipes de transição.

Tal fato, demonstra de certa maneira a descentralização do processo de conversão, dando alguma autonomia para as gerências, apesar do respaldo normativo. No tocante a característica da descentralização, tal aspecto foi impulsionado ainda no início da gestão vigente a época, com o decreto 37.515, de 26 de julho de 2016 que operacionalizou a regionalização por meio da criação do Programa de Gestão Regional de Saúde.

A descentralização é evidenciada como princípio organizativo dentro do SUS, conforme a Constituição Federal de 1988: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma **rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: • **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;”(85) (grifo nosso).

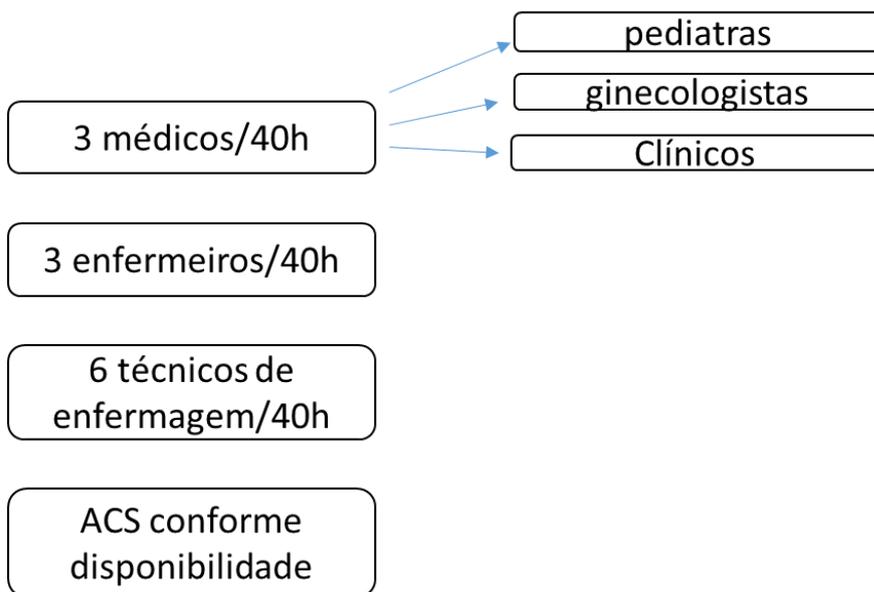
Este processo de organização foi de suma importância para as ações subsequentes no DF, uma vez que desta maneira foi possível delinear as responsabilidades a partir da análise das situações em cada região.

Como forma de disciplinar o processo, a Portaria nº78 enfatizou os seguintes aspectos: “Art. 1º As Unidades Básicas de Saúde (UBS) serão convertidas progressivamente para o modelo de Estratégia Saúde da Família, priorizando-se, no processo de conversão, as áreas de maior vulnerabilidade social.” ( 84) p. 1) .

Ou ainda no disposto, da mesma portaria: “Art. 2º As UBS em processo de conversão serão compostas por equipes de transição, que serão capacitadas e posteriormente divididas em equipes de saúde da família.” ( 84) p. 1).

A figura abaixo demonstra como fica a constituição das equipes de transição:

**Figura 5** - Equipes de transição do Programa Converte



Fonte: elaborado pela autora.

Nota-se mais uma vez a questão contraditória envolvendo a presença de Agentes Comunitários de Saúde, pois não havia a preconização do número destes trabalhadores dentro das equipes de transição. Ou seja, o processo de reorganização da APS no DF a partir da vigência do Converte teve como um importante traço a mudança do número de ACS na ESF, em que não houve a garantia de ACS para a cobertura populacional estipulada (1 ACS para no máximo 750 pessoas) (71).

Levando em consideração que os ACS são estimados como ponte fundamental na atenção à saúde no sentido de garantir a consolidação e implantação de um novo modelo de atenção, a falta da garantia da presença destes profissionais remonta novamente a dúvidas em relação ao processo, uma vez que estes profissionais são de extrema relevância para o processo de territorialização e cadastramento das famílias. Ou seja, como houve a territorialização, aumento da cobertura sem o reconhecimento das áreas e famílias a partir do trabalho dos ACS?

A territorialização é tida como um dos pressupostos básicos do trabalho dentro da ESF e são evidenciados pelo menos três sentidos para esta tarefa: I) demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; II) reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; III) de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (86).

O estudo realizado por Bousquat., et al (83) que também analisou o Converte, porém, a partir das perspectivas dos atores envolvidos, confirma que a falta dos ACS comprometeu o processo/etapa de territorialização e para além disso, evidenciou que isto foi de fato uma grande lacuna na reorganização do modelo.

Os relatórios incorporados ao estudo obtidos através da experiência da autora, exprimem também este contexto da falta de profissionais capacitados para o processo de reconhecimento do território e aproximação das famílias, a análise do portfólio da autora confirma que residentes e discentes que atuavam nas UBS na época, ficavam responsáveis por esse processo, o que por si só não demonstra ser um grande problema, visto que tal processo deve fazer parte da formação e do trabalho dos profissionais de saúde.

Porém, ao conferir esta responsabilidade a outros por falta de força de trabalho dentro das equipes, esta questão passa a ser preocupante no sentido das equipes não garantirem o que lhes é de responsabilidade e faz parte da concepção da ESF.

Apesar das questões envolvendo os ACS pontuadas acima, a revisão da Política Nacional de Atenção Básica que viria ser divulgada em 2017, assentiu a proposta do DF como válida, apesar de ter sido publicamente posteriormente.

Dando continuidade à análise das etapas, após a definição das equipes de , a Portaria concedeu as Regiões um prazo de 120 dias para que o funcionamento das Unidades Tradicionais fosse permutado pela lógica da ESF com as equipes de transição.

Percebe-se então que os profissionais que atuavam há anos numa lógica de trabalho por especialidades deveriam em 4 meses estar trabalhando numa lógica de trabalho completamente oposta.

A mudança na lógica de trabalho para a ESF foi colocada para os médicos especialistas como opção, ou seja, estes profissionais deveriam optar por permanecer ou não na APS, porém, caso decidissem pela permanência seriam capacitados e receberiam titulação de Médico de Família.

Esta opção foi inserida na Portaria nº 77 da seguinte forma:

Art 5 - Os servidores lotados nas UBS em processo de conversão poderão optar por compor equipes de transição que se tornarão equipes de saúde da família, devendo manifestar formalmente seu interesse à GSAP do território, mediante formulário próprio constante do anexo I, no prazo de 30 (trinta) dias contados da publicação desta Portaria. ( (75) p. 2 )

Levando em consideração as especialidades médicas ali presentes por décadas e o prazo dado a estes profissionais para a escolha de “mudar” sua área de atuação demonstra por si só a ocorrência de diversos embates e descontentamentos nas Regiões.

Sair na APS para os profissionais ocasionaria numa diminuição salarial significativa visto os adicionais salariais aos profissionais que atuavam na APS. Segundo o relatório de gestão (2018), 51,2% destes profissionais optaram por continuar na APS, demonstrando que quase metade então da capacidade médica foi posteriormente substituída.

O funcionamento das equipes de transição se deu em um ano e após isso foram convertidas em Equipes de Saúde da Família consolidadas.

Este momento da transição exigiu das gerências diversos momentos de pactuações, reuniões e capacitações dentro das Unidades. A experiência da autora demonstra a construção de oficinas, junto com residentes, gerências e profissionais para

a promoção de uma capacitação inicial das equipes de transição. Observa-se então, que as etapas de transição ocorreram muitas vezes antes da própria capacitação dos profissionais, ou seja, os profissionais que atuavam nas equipes se quer tinham sido de fato consolidados como trabalhadores da ESF.

Em relação ao que foi explicitado acima, as questões referentes a capacitação e qualificação profissional serão colocadas no tópico a seguir.

#### 4.3.4 Qualificação da Força de Trabalho

Conforme citado anteriormente, a partir da análise dos documentos verifica-se que os profissionais que continuassem atuando na APS, passariam por capacitações para o desenvolvimento de competências relacionadas a ESF.

A portaria nº 78 de 2017, prevê em seu texto:

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

I - organização e funcionamento da Estratégia Saúde da Família;

II - pré-natal de risco habitual, puerpério e rastreamento de câncer de mama e de colo uterino;

III - crescimento e desenvolvimento de crianças até dois anos;

IV - atendimento a pacientes hipertensos;

V - atendimento a pacientes diabéticos;

VI - atendimento à demanda espontânea em Atenção Primária.”((84) p 2)

Segundo D’avila et., al (87) a qualificação da força de trabalho na APS associa-se à busca pela garantia da universalidade e integralidade do SUS através da compreensão de um território adstrito e a partir do enfoque familiar e comunitário, considerando o espaço de construção coletiva, em que os diversos sujeitos estão envolvidos nos cuidados em saúde.

Nesse sentido, a capacitação dos profissionais dentro do SUS deve objetivar sobretudo a transformação das práticas em saúde (87). Os documentos porém demonstram uma preocupação em capacitar tecnicamente os profissionais que trabalhavam no modelo tradicional e viriam a compor após a reorganização as eSF.

Apesar da previsão das capacitações, conforme já mencionado, tal formação ocorreu após o início das atividades das equipes como equipes de transição sem a ocorrência de um processo de territorialização efetivo.

Deve ser dado destaque também ao fato de que alcançar as diretrizes e competências da APS são evidenciados na literatura como desafios por conta desse alcance se dar a partir da mediação da relação equipes/comunidade e pela necessidade de adequação às especificidades de cada território (88).

Deste modo, as dificuldades em relação ao reconhecimento destes territórios pela falta de ACS identificadas nas etapas do processo, podem ser colocadas como dificuldades no alcance de qualificações efetivas, visto que o reconhecimento do território e as especificidades das comunidades devem ser tidas como medulares no processo de qualificação da força de trabalho.

Além das capacitações ofertadas pela secretaria, a normativa propõe processos educativos entre os profissionais, conforme destaque a seguir:

Além da inserção em processos formais de capacitação oferecidos pela FEPECS ou pela Gerência de Educação em Saúde da Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP), os profissionais da equipe de transição terão a responsabilidade de matriciar uns aos outros, de forma a aumentar a resolutividade das equipes de saúde da família a serem formadas ao final do processo de conversão.” ((84) p. 2)

O matriciamento no campo da saúde, segundo Campos (89) surge com o intuito de transformação da lógica vertical das tomadas de decisão nos processos de

trabalho na saúde, para o autor a lógica do matriciamento se trata de um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde de forma horizontal e compartilhada, segundo ele: “Tratar-se-ia de inventar uma nova ordem organizacional que estimulasse o compromisso das equipes com a produção de saúde” (p. 395)

Na unidade de análise apresentada acima, demonstra que não houve um direcionamento por parte da gestão do que seria esse matriciamento, apesar de ser pontuado que a prática levaria a maior resolutividade das equipes de saúde da família.

As diretrizes nacionais para o desenvolvimento do Apoio Matricial (90) enfatizam que se trata de uma relação pedagógica que busca através de uma retaguarda especializada – com profissionais de diferentes profissões – aumentar a capacidade resolutiva com corresponsabilização das diferentes equipes.

A experiência da autora evidenciada a partir dos relatórios de campo, demonstra que houve por parte das gerências um grande engajamento para que houvesse essa troca de conhecimentos nas etapas de conversão, um exemplo disso se deu inclusive pela participação dos então residentes na construção de oficinas para que houvesse o alcance da proposta.

Apesar disso, conforme evidenciado por Bousquat., et al (83) houve diversas críticas em relação a esta proposta de matriciamento no DF. Os dados obtidos por meio de entrevistas no estudo citado, evidenciam que o processo não ocorreu da forma com que foi prevista na normativa. Os trabalhadores relatam que houve mais uma cooperação entre as profissões e especialidades do que de fato um processo formativo (83).

Além disso, ao fazer referência ao conceito de matriciamento e apoio matricial, deve ser levado em consideração que a APS e as eSF não configuram em si especialidades, mas devem ser apoiadas por equipes com profissionais especialistas, no

caso os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB) como previsto na Política Nacional de Atenção Básica (91).

Apesar da normativa nº 77 de 2017 da SES/DF enunciar como parte da organização da APS no DF as equipes NASF, a normativa nº 78 de 2017, não propõe em nenhum momento do seu texto a participação dessas equipes nas etapas e no regramento do processo de conversão, ou seja, estas equipes não foram inseridas como parte destes processos formativos, deste modo, evidencia-se um certo questionamento no que a gestão quis enunciar como matriciamento.

Outra consideração no que tange a presente categoria é a formação dos médicos especialistas para a especialidade de medicina de família e comunidade. Os médicos de outras especialidades que optaram em permanecer na APS passaram por avaliação para a mudança de especialidade. Segundo o Relatório de Gestão (92), dos 328 médicos que atuavam anteriormente no modelo tradicional, 110 receberam a nova titulação como médicos de família e comunidade.

As questões pontuadas acima, vistas como problemáticas também foram criticadas por diferentes sindicatos de trabalhadores da saúde, em nota conjunta os sindicatos da Saúde afirmam:

A oferta de formação aos médicos que participaram do CONVERTEE/APS foi insuficiente, e não dá a esses profissionais a segurança necessária para assumir parte dos procedimentos fora de sua esfera de especialização. Tampouco se estabeleceu um programa de formação continuada para suprir essa deficiência, e a proposta de “matriciamento” tem sido deturpada, perpetuando a situação. (Nota conjunta dos Sindicatos da Saúde sobre a situação da Assistência Primária no Distrito Federal, 2019)

Tais avaliações podem servir de alerta para a questão referente a qualificação profissional, visto que esta deveria compor junto com o delineamento e concepções sobre APS, um caminho que traria de fato ao DF uma efetiva reorganização do modelo assistencial.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos fatos e análises até aqui apresentados, verifica-se que a partir do Estudo de Caso envolvendo o Programa Converte implantado no Distrito Federal objetivou traçar uma reforma do modelo de atenção à saúde do DF, onde a Atenção Primária a Saúde apresentava-se em uma concorrência de modelos de atenção sendo estes o modelo tradicional representado pelos Centros de Saúde e o modelo da Estratégia Saúde da Família, representado pelas Unidades Básicas de Saúde.

Vale considerar que o histórico da Atenção Primária da capital do país, conforme demonstrado no texto, passou por diversos períodos, inclusive de tentativas de aumento da capacidade de alcance da APS, porém, sem mudanças consideráveis que inserissem o DF num cenário de resultados consideráveis em relação a este nível de atenção.

Ao contrário do que vinha sendo orientado por mecanismos internacionais e até pelo próprio Ministério da Saúde, o DF manteve seu modelo de saúde baseado em uma lógica hospitalocêntrica, refletindo em termos de cobertura populacional de Estratégia Saúde da Família numa posição muito abaixo das outras capitais do país.

Resgatando a questão do Programa Converte, este foi idealizado a partir da definição de uma agenda e vontade política, conforme demonstrado no estudo. Com o início de uma nova gestão foram evidenciadas questões problemáticas no andamento da política de saúde no DF com relevante impacto sobre o alcance da APS, assim como sua resolutividade. Os documentos evidenciaram propostas iniciais e posteriormente delineadas em Decretos e Normativas.

Diante disso, o Programa apresenta bases conceituais e ideológicas muito pertinentes, com resgates históricos da afirmação da APS a partir da ESF bem

consolidados e condizentes com modelos que evocam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Além disso, os resultados obtidos em relação a cobertura e aumento do número de equipes são bastante expressivos levando em consideração o tempo em que ocorreu a reorganização.

Apesar disso, o processo de reorganização a partir Programa Converte parece apresentar diversas lacunas, referentes, principalmente, a capacidade da força de trabalho e qualificação dos profissionais.

A questão dos Agentes Comunitários de Saúde evidenciada no texto pode ser considerada uma interrogação neste processo, visto que a participação destes trabalhadores no contexto de reconhecimento do território e de vínculo da população com as UBS são características fundamentais e basilares da ESF.

Além disso, observa-se que a gestão ao realizar o dimensionamento da força de trabalho já existente na APS no DF para fazer a transição do modelo, levou em consideração apenas uma parte do que é preconizado como equipe, ou seja, os ACS não foram considerados como parte deste processo, o que resultou em perdas para a proposta, como por exemplo a falta de uma territorialização efetiva no contexto da conversão.

Em relação a qualificação dos profissionais, apesar das normativas preverem em seu texto processos formativos para os trabalhadores que viriam a compor as equipes de Saúde da Família, tal orientação parece não ter sido de fato contemplada, visto a posição de sindicatos e também de achados de outros estudos que de forma congênere investigaram tal processo.

A visão da pesquisadora corrobora com tais problemáticas, em que sua inserção no momento em que acontecia o Converte, demonstrou vieses na aplicação e orientação das propostas, nas quais muitas vezes se observava grandes impasses no contexto da APS com equipes desorientadas e apreensivas.

Retomando os objetivos do estudo, o método utilizado foi bastante útil para dar respostas aos intentos da pesquisa, uma vez que permitiu por meio da análise bibliográfica e documental, expor tanto questões históricas e percepções já consolidadas em relação a saúde no DF quanto exprimir sentidos observados nos documentos e analisá-los conforme o marco teórico, experiências da autora e análises de outros pesquisadores sobre o tema.

O presente estudo tem como limite a carência de análises após a saída da gestão responsável pelo Programa Converte, desta forma, reconhecendo tal fronteira demarca-se nesta pesquisa a necessidade de trabalhos que avancem na investigação da APS no DF, visto que esta, sobremaneira, pode contribuir para o alcance de melhores índices de saúde e qualidade de vida da população.

## 6. REFERÊNCIAS

1. Mendes, E. V. *Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002
2. Hone T, Macincko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata; what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet* 2018; 392(10156):1461-1472.
3. Chiavegatto Filho ADP, Santos HG, Nascimento CF, Massa K, Kawachi I. Overachieving Municipalities in Public Health: A Machine-learning Approach. *Epidemiology* 2018; 29(6):836-840.
4. Elias Paulo Eduardo, Ferreira Clara Whitaker, Alves Maria Cecília Góis, Cohn Amélia, Kishima Vanessa, Escrivão Junior Álvaro et al . *Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo*. *Ciênc. saúde* 2006 ; 11(3): 633-641.
5. Göttems Leila Bernardo Donato, Evangelista Maria do Socorro Nantua, Pires Maria Raquel Gomes Maia, Silva Aline Ferreira Melgaço da, Silva Priscila Avelino da. *Trajatória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico*. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(6): 1409-1419.
6. Fonseca Humberto Lucena Pereira da. *A Reforma da Saúde de Brasília*, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24 (6): 1981-1990
7. Coelho, E.C. Físicos, sectários e charlatões: a medicina em perspectiva histórico comparada. In: Machado, M.H. (org.). *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1995. p. 35-62.
8. Aguiar, Raphael Augusto Teixeira de . Dissertação de Mestrado. A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil / Raphael Augusto Teixeira de Aguiar , 2003. 136f
9. Pagliosa, Fernando Luiz; Da Ros, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal / The Flexner report: for good and for bad. *Rev. bras. educ. méd*;32(4):492-499, out.-dez. 2008
10. Berliner , H. S. A larger perspective on the Flexner Report. *Int. J. Healt Serv*, n. 5, . p. 573-592, 1975. apud MENDES, E. V. *A Evolução Histórica da Prática Médica: Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médicas*. Belo Horizonte: PUCMG/FINEP, 1985. 124 p
11. Ferreira , J.R. O médico do século XXI. In: Arruda, B.K.G. *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001. p. 27-47.

12. Saito, R.X de S. Políticas de Saúde:Princípios, Diretrizes e Estratégias, para a estruturação de um Sistema único de Saúde. IN: Ohara,E.C.C; Saito, R.X de S (Orgs). Saúde da Família: Considerações teóricas e aplicabilidade.São Paulo:Martinari, 2008, p. 21 – 60.
13. Matta, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. Trabalho Educação e Saúde, 3(2) p. 371-396, 2005.
14. OMS/UNICEF. *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde*. Alma-Ata, 6-12 de setembro de 1978. Brasil 1979.
15. Ribeiro, Fátima Aparecida. *Atenção primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2007
16. Fausto, M.C.R. *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária de saúde brasileira*. [Tese de doutorado]. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro 2005.
17. Fontanella Bruno José Barcellos, Ricas Janete, Turato Egberto Ribeiro. *Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas*. Cad. Saúde Pública 2008 ; 24(1): 17-27.
18. Mendes, E.V. Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do sistema único de saúde. Hucitec-ABRASCO. São Paulo, 1994.
19. Cordeiro, H. Sistema único de Saúde. Rio de Janeiro:Ayuri / ABRASCO, 1991
20. Ministério da Saúde (BR). Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Anais , Brasília:Ministério da Saúde, 1986.
21. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária. Seminário do CONASS para construção de Consensos*. Brasília. 2004
22. Bueno, W.S.; Merhy, E.E. Os Equívocos da Nob 96: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes ? Campinas, 1997.
23. Aguiar, D.S. A 'Saúde de Família' no Sistema Único de Saúde: Um Novo Paradigma? 1998. 124 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1998.
24. Morosini Márcia Valéria Guimarães Cardoso, Fonseca Angélica Ferreira, Lima Luciana Dias de. *Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde*. Saúde debate 2018; 42( 116 ): 11-24.
25. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do PSF 2001

26. Levcovitz, E. and Neyde Glória M Garrido. “Saúde da família: a procura de um modelo anunciado.” (1996).
27. Vasconcelos, E.M. Educação Popular e Atenção à Saúde da Família. São Paulo:Hucitec,1999.
28. Triviños, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987
29. Jick, T. *Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action*. In: MAANEN, J.V. Qualitative Methodology. London: SAGE. 1983, p. 135 –148.
30. Minayo, M.C.S.; Sanchez, O. *Quantitativo -Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?* Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro,1993, 9 (3): 239-262, jul/set
31. Godoy, Arilda Schmidt. *Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais*. Rev. adm. empresa. 1995, vol.35, n.3, pp.20-29.;
32. Gerhardt, T. E.; Silveira, D. T. (organizadores). Métodos de Pesquisa. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
33. Minayo, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.
34. Nunes Everardo Duarte. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Ciênc. saúde coletiva 2005; 10 (2): 499-501.
35. Demo, Pedro. *Cuidado metodológico: signo crucial da qualidade*. Soc. estado.2002, vol.17, n.2, pp.349-373.
36. Deslauriers, J.P.; kérésit, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos / tradução de Ana Cristina Nasser. 3 ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2012
37. Fonseca, J. J. S. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.;
38. Yin, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre, RS: Bookman. (2005)
39. Bryman, A. Quantitative and Qualitative Research: Further Reflections on their Integration. In: BRANNEN, J. *Mixing Methods: Quantitative and Qualitative Research*. Aldershot: Avebury. p. 57 –80. 1992.
40. Noronha, D. P.; Ferreira, S. M. S. P. Revisões de literatura. In: Campello, B. S.V. C.; Cendón, B. V.; Kremer, J. M. (Org.). Fontes de informação para pesquisadores e profissionais. Belo Horizonte: UFMG, 2000.
41. Minayo, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e*

*criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

42. RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1989.

43. Costa, M. C. C. *Sociologia: introdução à ciência da sociedade*. 4. ed. São Paulo: Moderna, 2011.

44. Lüdke, M.; andré, M.E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, EPU, 1986.

45. Oliveira, M. M. *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis, Vozes, 2007.

46. Souza J, Kantorski LP, Luis MAV. *Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental*. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2011;25(2):221-8.

47. Flick , U. *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Tradução: Joice Elias Costa. – 3. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009.405p.

48. Aarts B, Bauer M. *A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos*. In: Bauer M, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.

49. Campos Claudinei José Gomes. *Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde*. *Rev. bras. enferm.* 2004; 57(5): 611-614.

50. Bardin L. (1988). *análise de conteúdo*. Lisboa edições 70

51. Bravo, R. S. *Técnicas de investigação social: Teoria e ejercicios*. 7 ed. Ver. Madrid: Paraninfo, 1991

52. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização*. Brasília, DF, 2005.

53. Göttems Leila Bernarda Donato, Almeida Marilza Oliveira de, Raggio Armando Martinho Badou, Bittencourt Roberto José. *O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro*. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24 (6): 1997-2008

54. Nabuco G, Nunan BA, Soares JO, Marques LP, Nakanishi PT, Cardoso RV, Neiva TS, Afonso MPD. *Advancements and achievements in the Brazilian Federal District public health: an essential contribution by family and community medicine*. *Cien Saude Colet*. 2019 Jun 27;24(6):2221-2232. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232018246.08312019. PMID: 31269181.

55. Distrito Federal. Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2015; 27 nov.

56. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório Anual de Gestão*

2016 / parte I . Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2016. P. 109

57. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2017 / Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2017;

58. Corrêa Daniel Seabra Resende Castro, Moura Alexandra Gouveia de Oliveira Miranda, Quito Marcus Vinícius, Souza Heloiza Machado de, Versiani Luciana Martins, Leuzzi Sérgio et al . *Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde*. Ciênc. saúde coletiva. 2019; 24(6): 2031-2041.

59. Silva SF, Martelli P JL, Sá DA, Cabral AP, Pimentel FC, Monteiro IS et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a2005. Cienc Saude Coletiva. 2011;16(1):211-20.

60. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2018 / parte I . Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2018. P. 335.

61. Thurow, Leandro Leitzke, Castilhos, Eduardo Dickie de e Costa, Juvenal Soares Dias da Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2015, v. 24, n. 3 [Acessado 13 Junho 2021] , pp. 545-550. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300021>>. Epub Jul-Sep 2015. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300021>

62. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Bárbara Starfield. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

63. Giovanella, Lgia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2009, v. 14, n. 3 [Acessado 13 Junho 2021] , pp. 783-794.

64. Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, Políticas e sistemas de saúde no brasil. Organizadores. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. 1100p.

65. Tasca, Renato et al. Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 6 [Acessado 6 Junho 2021] , pp. 2021-2030. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08672019>>. Epub 27 Jun 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08672019>;

66. Teixeira, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção á saúde no SUS. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, DF, ano V, n. 7, p. 10-23, 2003/2004.

67. Souza, H. Saúde da família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D.

(Org.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime; Celag, 2002. p. 221-240.

68. Rosa, W. A. G. A.; Labate, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005. .

69. Distrito Federal. Projeto Brasília Saudável: fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal [acessado 2020 Jun 10]. Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/>

70. Paim JS. Vigilância a Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.161-71.

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

72. Jinkings I, Doria K, Cleto M, organizadores. *Por que gritamos golpe? para entender o impeachment e a crise política no Brasil* São Paulo: Boitempo Editorial; 2016

73. Baumgartner, Jones, B. D. The politics of information: problem definition and the course of public policy in America. Chicago: University of Chicago Press, 2015.

74. Brasil, F. G.; Capella A. C. N. Agenda governamental brasileira: uma análise da capacidade e diversidade nas prioridades em políticas públicas no período de 2003 a 2014”. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, v. 24, n. 78, p. 1-22, mai. 2019

75. Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Distrito Federal, 2017. [acessado 2018 Set 5]. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-SES\\_DF-n%C2%BA-77-2017-Esstabelece-a-Pol%C3%ADtica-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-SES_DF-n%C2%BA-77-2017-Esstabelece-a-Pol%C3%ADtica-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal.pdf)

76. Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução CSDF nº 465, de 04 de outubro de 2016. Diário Oficial do Distrito Federal 2016; 24 out.

77. Augusto, M. H. O. Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate. Tempo Social, v. 1, n. 1, p. 7, 1989.

78. CSDH – Commission on Social Determinants of Health: A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. DRAFT. CSDH, abr. 2007.

79. Sousa, Maria Fátima de e Hamann, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2009, v. 14, suppl 1 [Acessado 13 Junho 2021] , pp. 1325-1335. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>>. Epub 08 Set 2009. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>.

80. Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de Práticas da Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 411 pp
81. Diniz, Eli. Governabilidade, democracia e reforma do Estado; os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil nos anos 90. In: DINIZ, Eli; AZEVEDO, Sérgio de (Org.) Reforma do estado e democracia no Brasil. Brasília: Editora da UNB, 1997
82. Ramos, André Luis Paes e Seta, Marismary Horsth DeAtenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2019, v. 35, n. 4 [Acessado 13 Junho 2021] , e00089118. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00089118>>. Epub 08 Abr 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00089118>.
83. Bousquat, A. et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 35, n. Suppl 2 [Acessado 13 Junho 2021] , e00099118. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118>.
84. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Portaria 78, de 14 de fevereiro de 2017. Diário Oficial do Distrito Federal 2017; 14 fev.
85. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
86. Pereira MPB, Barcellos C. O Território no Programa de Saúde da Família / The territory in family health program. Hygeia [Internet]. 29º de maio de 2006 [citado 13º de junho de 2021];2(2). Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847>
87. Harzheim E, Chueiri PS, Umpierre RN, Gonçalves MR, Siqueira ACS, D'Avila OP et al. Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):1881. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1881](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1881).]
88. Leão, C. D. A.; Caldeira, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. Ciência & Saúde Coletiva Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4415-4423, 2011
89. Campos , G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, jul./dez. 2000.
90. Ministério da Saúde (BR) . Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).
91. Brasil. Portaria/MS nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 2017; 10 jun.
92. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório Anual de Gestão 2019* / Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado

de Saúde, 2019. 220 p

## 7. ANEXOS

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIÃO LESTE DO DISTRITO FEDERAL

**Pesquisador:** WINNIE LORENA NOVAIS MONTEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 39809920.8.0000.8027

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.401.368

#### Apresentação do Projeto:

O projeto tem como objetivo central analisar o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família em Unidades Básicas de Saúde da Região Leste do Distrito Federal. Trata-se de um trabalho com abordagem quali-quantitativa, utilizando como estratégia o estudo de caso, no intuito de realizar além da caracterização da Atenção Primária a Saúde no DF, uma investigação do processo de transição de unidades de saúde tradicionais para o modelo de Saúde da Família. O trabalho visa também conhecer as percepções dos profissionais e gestores envolvidos neste processo no DF e compará-las com as impressões e opiniões dos atores que atuavam nas unidades de saúde que não adotaram a estratégia de saúde da família. O contexto da pesquisa tem como cenário a política de Estado conhecida como Converttee-APS-Brasília Saudável, por meio da qual buscou-se reorganizar a APS no DF. Pretende-se utilizar como estratégia de coleta de dados as técnicas de análise documental, entrevistas semiestruturadas via internet e análise de conteúdo a fim de promover um alinhamento dos dados e alcance dos objetivos da pesquisa.

### PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

1. Levantamento bibliográfico
2. Análise documental
3. Entrevistas semiestruturadas

**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

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

- Além da análise bibliográfica e documental será utilizada a técnica de entrevista semiestruturada,

Continuação do Parecer: 4.401.368

conforme roteiro apresentado nos apêndices do projecto.

- A pesquisa será realizada com profissionais da assistência e gestores (gerentes) das unidades básicas de saúde, situadas na Região Administrativa São Sebastião, que estiveram inseridos no contexto no período de desenvolvimento do Programa Convertee.

- Serão entrevistados tanto profissionais e gestores de unidades que tiveram seu modelo de atenção à saúde modificado, como também profissionais que estavam em unidades que não passaram pelo processo de conversão.

- A amostra será definida de forma intencional, considerando os propósitos da autora em atingir os objetivos da pesquisa. As entrevistas seguirão a ferramenta de amostragem por saturação, segundo a qual se suspende a inclusão de novos participantes quando os dados começam a apresentar repetição ou redundância.

#### ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

- Para a análise dos dados será utilizada a técnica “Análise de Conteúdo”, cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento”.

- Será seguido na pesquisa o plano de análise proposto por Minayo:

I. Ordenação dos dados;

II. Classificação dos dados em categorias de análise específicas; e

III. Análise final, na qual a autora estabelecerá as articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, visando alcançar os objetivos propostos.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### GERAL:

Analisar o processo de reorganização da Atenção Básica na Região Leste do DF a partir da instituição do Programa Convertee APS, iniciado em 2016.

##### ESPECÍFICOS:

1. Descrever o histórico da Atenção Básica no DF em consonância com o desenvolvimento desta no contexto da política de saúde brasileira;

2. Caracterizar a Rede de Atenção Básica do DF, destacando a atuação da Região Leste de Saúde no sistema de saúde vigente;

3. Analisar as percepções de profissionais e gestores inseridos no contexto da Atenção Básica em

**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

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

Continuação do Parecer: 4.401.368

relação ao programa Convertee.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

#### **RISCOS:**

- Segundo a proponente, a pesquisa apresenta risco mínimo aos participantes, no entanto, considerando que o risco é inerente a realização da pesquisa científica, informa que serão tomadas todas as medidas cabíveis no sentido de minimizá-los ao máximo, em conformidade com os princípios éticos definidos nas resoluções 466 de 2012 e 510 de 2016.
- A pesquisa somente terá início após aprovação do projeto pelo CEP.
- As entrevistas seguirão os roteiros prévios já apresentados nos apêndices do projeto. Após leitura atenta, verifica-se que as perguntas não apresentam maiores riscos aos entrevistados.
- As entrevistas só serão realizadas após a assinatura do TCLE.
- Além do TCLE, também será submetido aos entrevistados um Termo de Autorização para utilização de imagem e som, uma vez que as entrevistas serão realizadas por meio virtual e gravadas para posterior transcrição e análise. O Termo será aplicado através de link para aceite ou não aceite dos entrevistados e também por e-mail para que os participantes possam acessá-lo a qualquer momento.
- Será assegurado o anonimato a todos os participantes da pesquisa. Para tanto, as entrevistas serão codificadas.
- No texto é informado que a guarda dos dados será mantida em posse do pesquisador por 5 anos, conforme as normas estabelecidas pelo CNS.
- Em que pese a pesquisa apresentar risco mínimo, alguns cuidados adicionais são relatados no texto, referentes aos riscos do participante sentir-se cansado, desconfortável ou constrangido durante a entrevista e ainda o risco de invasão na sua vida privada.
- Em razão da pandemia de COVID-19, as entrevistas serão realizadas por meio eletrônico.

#### **BENEFÍCIOS:**

1. Contribuir para a avaliação e reflexão crítica do processo de mudanças na Atenção Primária do DF, por meio da disponibilização de subsídios para aperfeiçoamento e organização da atenção prestada nas UBS situadas no território estudado.
2. Fornecer subsídios para aperfeiçoamento do Programa Convertee APS, por meio da

**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

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

Continuação do Parecer: 4.401.368

sistematização das percepções dos profissionais que participaram dele no período estudado.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- Os objetivos propostos são relevantes e se atingidos, poderão contribuir, por meio do fornecimento de informação confiável, para aprimorar tanto o Programa Convertee APS, como a organização dos serviços nas UBS situadas no território objeto da investigação. No entanto, são objetivos relacionados ao processo, ao cumprimento das etapas metodológicas. Creio que seria importante vincular o objetivo geral a utilidade e destinação que dará aos resultados alcançados por meio da pesquisa, ou seja, à devolutiva a ser feita aos gestores e profissionais que participaram da pesquisa, com o propósito de fornecer subsídios confiáveis e atualizados ao tomador de decisão para aprimoramento do Coverte APS e da organização e prestação de serviços no âmbito do território estudado.
- A caracterização e resgate histórico da atenção primária no Brasil e no DF está bem delineada.
- O desenho do estudo está claramente apresentado e fundamentado na literatura científica sobre o tema. No entanto, o projeto não apresenta os critérios para seleção dos entrevistados, tanto dos profissionais e gestores das UBS que aderiram ao Programa Convertee APS, como daqueles que trabalhavam nas unidades que não aderiram ao Programa e, portanto, não passaram pelo processo de conversão. A autora refere somente que os entrevistados serão definidos de forma intencional, considerando os propósitos para atingir os objetivos da pesquisa, e que o critério de seleção se dará a partir do envolvimento dos entrevistados com o tema do estudo. Esse fato, porém, não compromete a realização, nem o rigor científico da pesquisa.
- Todos os aspectos éticos foram cuidadosa e adequadamente abordados no texto.

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

O projeto apresenta todos os termos de submissão obrigatória:

- TCLE;
- Termo de Concordância da chefia responsável pelas unidades de saúde envolvidas no estudo.
- Termo de Compromisso da pesquisadora de observância e cumprimento das normas éticas nacionais.

#### **Recomendações:**

Cabe uma recomendação em relação ao objetivo geral e a devolutiva dos resultados e conclusões aos gestores e profissionais que participaram da pesquisa.

- Em relação ao objetivo geral, seria importante vinculá-lo a utilidade e destinação dos resultados

**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

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

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 4.401.368

alcançados por meio da pesquisa, ou seja, à devolutiva a ser feita aos gestores e profissionais que participaram da pesquisa, com o propósito de fornecer subsídios confiáveis e atualizados aos tomadores de decisão, que potencialmente serão capazes de contribuir para a melhoria tanto do Programa Convertee APS, como da organização dos serviços de saúde na região estudada. Na seção dos aspectos éticos a proponente refere que "a pesquisa poderá também colaborar com a avaliação do programa através das percepções de profissionais que estiveram inseridos no contexto do Convertee APS, podendo propiciar reflexões para gestores no gerenciamento do trabalho nas Unidades de Saúde", porém não insere essa potencial e relevante contribuição nos seus objetivos.

- Já em relação a devolutiva dos resultados, também na seção dos aspectos éticos, a autora informa que "após a defesa da dissertação, pretende-se publicar artigos científicos seguindo todos os aspectos éticos aqui relatados. Os dados também serão compartilhados com participantes e gestores a fim de possíveis contribuições para o aprimoramento da Política de Saúde", entretanto não prevê essa entrega no desenho do estudo.

Creio ser importante inserir essas recomendações no projeto, uma vez que ambas tem forte componente de compromisso ético.

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

Projeto aprovado. Sugere-se que as recomendações sejam observadas.

**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_1658808.pdf | 04/11/2020<br>17:31:30 |                                  | Aceito   |
| Declaração de concordância     | termoconcordancia.pdf                         | 04/11/2020<br>17:29:56 | WINNIE LORENA<br>NOVAIS MONTEIRO | Aceito   |
| Outros                         | termocompromisso.pdf                          | 04/11/2020<br>17:29:29 | WINNIE LORENA<br>NOVAIS MONTEIRO | Aceito   |
| Outros                         | curriculovitaewinnie.doc                      | 04/11/2020<br>17:27:58 | WINNIE LORENA<br>NOVAIS MONTEIRO | Aceito   |
| TCLE / Termos de               | TCLewinnie.docx                               | 04/11/2020             | WINNIE LORENA                    | 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

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

Continuação do Parecer: 4.401.368

|   |                        |                        |                                  |        |
|---|------------------------|------------------------|----------------------------------|--------|
| Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência  | TCLewinnie.docx        | 17:26:20               | NOVAIS MONTEIRO                  | Aceito |
| Projeto Detalhado /<br>Brochura<br>Investigador | PROJETODETALHADO.doc   | 04/11/2020<br>17:25:59 | WINNIE LORENA<br>NOVAIS MONTEIRO | Aceito |
| Folha de Rosto                                  | FolhaderostoWinnie.pdf | 04/11/2020<br>17:14:44 | WINNIE LORENA<br>NOVAIS MONTEIRO | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 16 de  
Novembro de 2020

---

**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

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