

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO

GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LILIAN SILVA GONÇALVES
MICHELLE ANDREZA FALCÃO RODRIGUES

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DF ATÉ 2030: CENÁRIOS A
PARTIR DO MÉTODO DE INTELIGÊNCIA DE FUTURO DA
FIOCRUZ**

BRASÍLIA
2019

**LILIAN SILVA GONÇALVES
MICHELLE ANDREZA FALCÃO RODRIGUES**

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DF ATÉ 2030: CENÁRIOS A
PARTIR DO MÉTODO DE INTELIGÊNCIA DE FUTURO DA
FIOCRUZ**

Produção técnico-científica aplicada como trabalho
de conclusão do terceiro Curso de Especialização
em Saúde Coletiva da Fiocruz Brasília

Orientador: Prof. Wagner de Jesus Martins
Co-orientador: Armando Martinho Bardou Raggio

**BRASÍLIA
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G643a

Gonçalves, Lilian Silva.

Atenção primária à saúde no DF até 2030: cenários a partir do método de inteligência de futuro da Fiocruz / Lilian Silva Gonçalves, Michelle Andreza Falcão Rodrigues. – 2019.

54 f. ; il.

Orientador: Prof. Wagner de Jesus Martins.

Co-orientador: Armando Martinho Bardou Raggio.

Trabalho de conclusão de curso (especialização) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Gerência Regional de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas de Saúde, Curso de Especialização em Saúde Coletiva, 2019.

1.Método de Inteligência de Futuro. 2.Atenção primária à saúde.

I.Rodrigues, Michelle Andreza Falcão (coautora). II.Título.

CDU 613.9

Bibliotecário responsável:

Jônathas Rafael Camacho Teixeira dos Santos (CRB-1/2951)

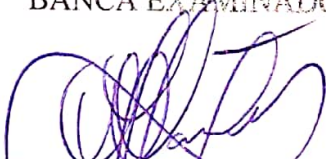
Lilian Silva Gonçalves e Michelle Andreza Falcão Rodrigues

Atenção Primária em Saúde no DF até 2030: cenários a partir do método de inteligência de futuro da Fiocruz.

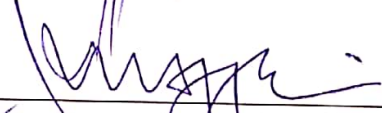
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentada à Escola Fiocruz de Governo
como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em 31/10/2019.

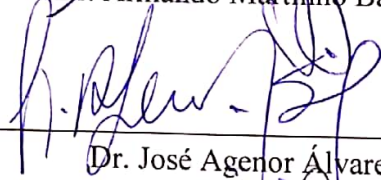
BANCA EXAMINADORA



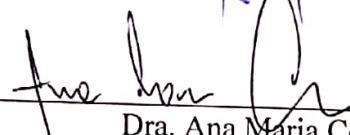
Dr. Wagner de Jesus Martins



Dr. Armando Martinho Bardou Raggio



Dr. José Agenor Álvares da Silva



Dra. Ana Maria Costa

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu companheiro Beto Monteiro que segue ao meu lado compartilhando das vitórias, das angústias e também da esperança de que um mundo melhor realmente é possível. Meus filhos Júlia e Raul que diariamente me transbordam de amor e cansaço. Agradeço a Fiocruz por sua existência secular e por dar morada a todos que desejam desenvolver este país com fomento à ciência, tecnologia e inovação. Pois em tempos de GOLPE lugar melhor não há.

Lilian Silva Gonçalves

À Deus, que faz da minha vida Sua obra com as mais lindas aquarelas. FAMÍLIA. E nesse colorido espetacular se fez o encontro com pessoas tão especiais. Num momento de aprendizado, significado e ressignificado da minha existência.

Michelle Falcão

“Se o presente é de luta, o futuro nos pertence.”

CHE GUEVARA

“Possui a estranha mania de ter fé na vida.”

Milton Nascimento e Fernando Brant

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde assume o papel estruturante na atual conjuntura no âmbito nacional e no Distrito Federal. Seu desenvolvimento deve ser pautado no cuidado em rede, consolidando um modelo em que a Atenção Primária à Saúde seja ordenadora e coordenadora do cuidado. A pesquisa utilizou o Método de Inteligência de Futuro da Fiocruz para prospectar o futuro por meio dos cenários possíveis da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal até 2030. Para isso foi realizada uma Oficina de Diálogos Prospectivos cujo o resultado foi sistematizado e os cenários possíveis foram divididos em cenário positivo, cenário negativo e cenário provável. Para a construção destes cenários considerou os seguintes aspectos: a pertinência, a coerência, a verossimilhança, a importância e a transparência. Estes aspectos garantiram que os cenários fossem plausíveis, possíveis, viáveis e factíveis. Utilizou-se como parâmetro de análise dos dados o teste de consistência de cenários, que observou a convergência das hipóteses de futuro entre o cenário provável e o cenário negativo. Consideramos os cenários possíveis para Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal apenas os cenários descritos como: Cenário Positivo e Cenário Provável. Podemos afirmar que o cenário provável se apresenta como cenário tendência da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, haja visto a ampliação de contratos com órgãos privados, com a incorporação da Gestão das Unidades de Pronto Atendimento pelo Instituto de Gestão Estratégica da Saúde. Compromissos de gestão do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde serão cumpridos por meio do aperfeiçoamento dos arranjos de governança e gestão. Arranjos para aumentar a autonomia, a flexibilidade e a eficiência dos provedores privados. A materialidade destes compromissos pode ser percebida por meio da proposta da Medida Provisória 890 de 01 de abril de 2019, que previu a institucionalização de um novo ordenamento jurídico, intitulada Agência de Desenvolvimento para Atenção Primária à Saúde para gerir a Atenção Primária à Saúde no âmbito nacional, que também poderá descaracterizar o princípio da descentralização político-administrativa, deslocando a gestão pública direta da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal para gestão terceirizada. Recomendamos a continuidade do exercício prospectivo nos diferentes espaços de governança do Sistema Único no Distrito Federal com a finalidade de manter a mobilização e fortalecer a participação e apropriação de todos os participantes. A continuidade é importante para a construção de uma rede que possa colocar em prática ação estratégica de forma reflexiva

para frear as ameaças e potencializar os avanços da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.

Palavras-Chaves: Método de Inteligência de Futuro. Cenários Possíveis. Atenção Primária à Saúde. Exercício Prospectivo.

ABSTRACT

Primary Health Care assumes the structuring role in the current conjuncture at the national level and in the Federal District. Its development should be based on networked care, consolidating a model in which Primary Health Care is the organizer and coordinator of care. The research used Fiocruz's Future Intelligence Method to foresee the future through the possible scenarios of Primary Health Care in the Federal District until 2030. For this purpose, a Prospective Dialogue Workshop was held, the result of which was systematized and possible scenarios. divided into positive scenario, negative scenario and probable scenario. In constructing these scenarios, it considered the following aspects: relevance, coherence, likelihood, importance and transparency. These aspects ensured that the scenarios were plausible, possible, feasible and feasible. As data analysis parameter, the scenario consistency test was used, which observed the convergence of future hypotheses between the probable scenario and the negative scenario. We consider the possible scenarios for Primary Health Care of the Federal District only the scenarios described as: Positive Scenario and Probable Scenario. We can state that the probable scenario presents itself as a trend scenario of Primary Health Care in the Federal District, having seen the expansion of contracts with private agencies, with the incorporation of Emergency Care Management by the Institute of Strategic Health Management. The Ministry of Health/ Secretariat of Primary Health Care management will be met by improving governance and management arrangements. Arrangements to increase the autonomy, flexibility and efficiency of private providers. The materiality of these commitments can be seen through the proposal of Provisional Measure 890 of April 1, 2019, which provided for the institutionalization of a new legal order, entitled Development Agency for Primary Health Care to manage Primary Health Care within which may also disrupt the principle of political-administrative decentralization, shifting direct public management from the Primary Health Care of the Federal District to outsourced management. We recommend continuing the prospective exercise in the different governance spaces of the Unified System in the Federal District in order to maintain mobilization and strengthen the participation and ownership of all participants. Continuity is important for the construction of a network that can put into practice strategic action in a reflective way to curb threats and enhance the advances of Primary Health Care in the Federal District.

Keywords: Future Intelligence Method. Possible scenarios. Primary Health Care. Prospective Exercise.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Triângulo Grego da Prospectiva Estratégica.....	17
Figura 2: Fatores Críticos Selecionados na Oficina de Diálogos Prospectivos.....	37
Figura 3: Matriz de Construção de Hipóteses de Futuro.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Construção de Cenários Possíveis	39
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

PS – Atenção Primária à Saúde

ADAPS – Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

BM - Banco Mundial

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CSDF – Conselho de Saúde do Distrito Federal

DF – Distrito Federal

EC – Emenda Constitucional

ESF – Estratégia Saúde Da Família

e-ESF – Equipe da Estratégia da Saúde da Família

FMI – Fundo Monetário Internacional

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GDF – Governo do Distrito Federal

IGES - Instituto de Gestão Estratégica da Saúde

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

MIF – Método de Inteligência de Futuro

MP – Medida Provisória

MPB – Médicos Pelo Brasil

MS – Ministério da Saúde

NIF – Núcleo de Inteligência de Futuro

NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família

OS – Organizações Sociais

PMM – Programa Mais Médicos

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PAB – Piso da Atenção Básica

SSA – Serviço Social Autônomo

SUS – Sistema Único de Saúde

SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SUGETES - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	155
1.1 Apresentação	155
1.2 Referencial Teórico	166
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	2020
2.2 Objetivos Específicos:	20
3 METODOLOGIA	21
3.1 Justificativa e Pergunta de Pesquisa	21
3.2 Materiais e Método	22
3.2.1 Fontes de Dados	233
3.2.1.1 Fase de Planejamento	244
3.2.1.1.1 Análise Retrospectiva da APS no DF (2015-2018)	244
3.2.1.1.2 Análise da Situação Atual (2019) da APS no DF	27
3.2.1.1.3 Preparação da Oficina de Diálogos Prospectivos para APS no DF	344
3.2.1.2 Fase de Implementação/Ação	35
3.2.1.2.1 Sensibilização dos Atores para Participarem da Oficina de Diálogos Prospectivos	35
3.2.1.2.2 Realização da Oficina de Diálogos Prospectivos Utilizando o MIF da Fiocruz	366
3.2.1.2.3 Passos para a Construção dos Cenários Possíveis	37
3.2.1.2.4 Construção dos Cenários Possíveis para APS do DF	38
3.3 Análise dos Dados da Oficina de Diálogos Prospectivos para APS no DF	39
4 RESULTADOS	40
4.1 Cenário: Tendência da APS no DF	40
4.2 Cenário: Resgate da APS do DF	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46
APENDICE	51
APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	52

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

A partir de 2016 o país foi inundado por incertezas e as políticas públicas foram fragilizadas a concepção de saúde como direito humano está sendo negado. Direito esse que considera fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais como determinações sociais de saúde a fim substantivar o conceito ampliado de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) constantemente atacado e o princípio da universalidade reiteradamente questionado. A aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016 que congelou os gastos e investimentos em Saúde por 20 anos potencializou as incertezas sobre rumo do SUS nos próximos anos.

O novo organograma do Ministério da Saúde (MS) institucionalizou por meio do Decreto no. 9.795, de 17 de maio de 2019 (1) a criação da Secretaria de Atenção Primária (SAPS) elevando a Atenção Primária à Saúde (APS) ao status de Secretaria. Sua criação com certeza foi um avanço, mas no contexto de austeridade fiscal as contradições foram expostas e vimos importância em abordar no nosso estudo os atos normativos que impulsionam a SAPS.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) em 2017 implementou mudanças no modelo de atenção à Saúde após a implantação da Estratégia de Saúde da Família como modelo para a Atenção Primária à Saúde.

A conjuntura atual nos impulsionou a dissertar sobre a APS por meio da construção de cenários, nosso objetivo foi identificar os possíveis cenários para Atenção Primária no Distrito Federal (DF) até 2030 utilizando da Metodologia de Inteligência de Futuro (MIF) da Fiocruz.

1.2 Referencial Teórico

Considera-se a Saúde como Direito Humano conforme Declaração dos Direitos Humanos desde 1948 e reiterado em 2018. No Brasil temos como marco teórico a Constituição Federal de 1988 que dispõe em seu Art. 6º.: que a saúde é um direito social e em seu Art. 196 diz que Saúde é: “Direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco a doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (2).

Este projeto identificou os cenários possíveis para APS no DF em um horizonte de 11 anos e utilizou de conceitos que conformam o princípio constitutivo da prospectiva. A prospectiva é definida como “a vontade humana capaz de influenciar o futuro de forma a favorecer esta capacidade e fundamenta uma obrigação moral de refletir sobre o futuro e sobre as suas trajetórias possíveis”. (3)

A MIF da Fiocruz materializa a aplicabilidade da prospectiva estratégica, pois “é um processo de acompanhamento sistemático da situação, e visa orientar as ações com foco na visão de futuro compartilhada pelo grupo”. (4)

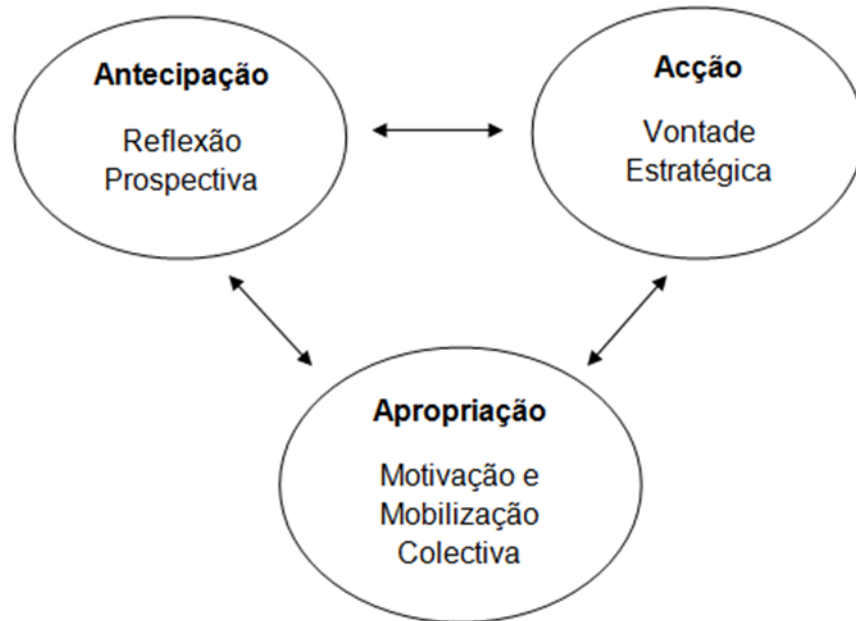
A prospectiva alimenta-se da História (3) e foi formulada pelo filósofo francês Gaston Berger a partir de 1955. A prospectiva de Gaston Berger percorreu a ideia de uma Ciência do Homem do Futuro, do espírito prospectivo até chegar ao método prospectivo. A definição do método prospectivo por Gaston Berger expõe como objetivo da Prospectiva tornar a ação eficaz. O objeto não consiste em observar o futuro a partir do presente, mas pelo contrário observar o presente a partir do futuro. A reflexão sobre os fins não é separável de um conhecimento exato dos meios possíveis. A prospectiva permite uma confrontação permanente entre os fins, os meios e a realidade das situações presentes. (3)

A antecipação (pré-ativa e proativa) constitui a prospectiva, uma para esclarecer a ação presente à luz dos futuros possíveis e desejáveis. Porém é necessária a **apropriação** dos atores envolvidos para que as mudanças desejadas ocorram. Dessa forma, a **antecipação** não pode transformar-se em **ação** sem a apropriação pelos atores envolvidos. Durand e Godet (3) descrevem o Método da Prospectiva Estratégica por meio de três processos que se articulam conforme representação da figura 1, criada em 1985:

- Antecipação /Reflexão Prospectiva;

- Apropriação/Mobilização Coletiva; e.
- A Ação/Preparação para ação.

Figura 1: Triângulo Grego da Prospectiva Estratégica



Fonte: Durance e Godet, 2011.

Durance e Godet (3) descrevem que o planejamento estratégico se apresenta com base em cenários, pois assim permite que a abordagem metodológica da prospectiva estratégica seja integrada. Esta integração caracteriza-se por meio dos seguintes elementos:

(5)

1. Delimitação do Sistema e do ambiente:

O sistema é delimitado pelo objeto de estudo, seu horizonte temporal e área geográfica. Esses elementos e fenômenos interligam-se e podem formar subsistemas daquele que está sendo considerado no cenário, enquanto que o ambiente é o contexto mais amplo onde está inserido o sistema; um e outro se influenciam mutuamente.

2. Análise Estrutural do Sistema:

Elaboração de uma lista preliminar **das variáveis** relevantes do sistema e de seus **principais atores**. A seguir, realiza-se a **análise da situação passada**, destacando os mecanismos e os atores determinantes da evolução passada; e a **análise da situação atual**, que permite identificar mudanças ou fatos portadores de futuro na evolução das variáveis essenciais, bem como estratégias que dão origem a essa evolução e suas alianças. Após isso, retorna-se à análise estrutural, para rever a lista de variáveis e atores envolvidos na análise.

Na etapa seguinte, as variáveis e os atores são cruzados para identificar a influência de uns sobre os outros, através da formação da matriz de análise estrutural desses componentes. As variáveis e os atores são então analisados quanto a sua motricidade, influência e dependência e classificados em atores e variáveis-chave que serão objeto de participação no quadro de montagem de cenários.

3. Seleção dos condicionantes de futuro/fatos portadores de futuro:

Com base na análise, obtêm-se as condicionantes do futuro. Podemos listar as tendências de peso, os fatos portadores de futuro, os fatores predeterminados, as variantes e as alianças existentes entre os atores.

4. Geração de cenários alternativos:

Após a análise de todas as condicionantes – do futuro, realiza-se a análise morfológica, decompondo-se cada variável explicativa em seus possíveis comportamentos ou estados futuros, segundo as estratégias dos atores.

5. Elaboração de cenários:

Levando-se em conta as variáveis-chaves, as tendências de peso, as estratégias dos atores e os fatos portadores de futuro já identificados.

6. Teste de consistência:

Servem para verificar se, durante a descrição dos cenários, alguma variável ou ator está se comportando de forma não-coerente ou não-consistente com a lógica estabelecida para cada cenário. Verifica-se também se a ocorrência de uma variável não invalida a ocorrência de outra. Após a elaboração desses testes de consistência, são realizados os ajustes necessários, com o objetivo de manter a coerência da história descrita. Os cenários

escolhidos e revisados devem ser disseminados por toda a organização como “foco de planejamento e decisão”.

7. Monitoramento:

Os cenários revisados e disseminados devem ser utilizados pela cúpula da organização na elaboração das opções estratégicas e dos planos de elaboração estratégica. Devem ser analisados os pontos fortes e fracos da organização em relação aos ambientes futuros (oportunidades, ameaças/riscos e sucesso ou fracasso competitivo comparado).

A Prospectiva estratégica ao colocar a antecipação a serviço da ação apoia-se nas fortes sinergias que existem entre a Prospectiva e a Estratégia (3) e a construção de cenários permitem propor orientações estratégicas e ações que se apoiam nas competências da organização, em função dos cenários de evolução do contexto.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Identificar os cenários possíveis para Atenção Primária no Distrito Federal até 2030 por meio da metodologia de Inteligência de Futuro da Fiocruz.

2.2 Objetivos Específicos:

- Descrever os momentos (passos) da Metodologia de Inteligência de Futuro utilizada na Oficina de Diálogos Prospectivos para APS no DF;
- Descrever os cenários possíveis para a Atenção Primária no Distrito Federal até o ano de 2030, gerados por meio da metodologia de Inteligência de Futuro; e
- Analisar os cenários possíveis para a Atenção Primária no Distrito Federal até o ano de 2030, gerados por meio da metodologia de Inteligência de Futuro.

3 METODOLOGIA

3.1 Justificativa e Pergunta de Pesquisa

Desenvolver o projeto de pesquisa que aborda a prospectiva por meio da MIF da Fiocruz tem como propósito contribuir com orientações e estratégias diante do presente, em que grandes desafios se apresentam para consolidação da APS no DF.

A motivação para desenvolver esta linha de pesquisa foi a nossa vivência no SUS e por sermos trabalhadoras na APS do DF. Experienciando o ‘trabalho vivo em ato’ (6) como trabalhadoras sujeitos na produção de cuidado e da realocação do trabalho em saúde. Diante desta necessidade de ressignificar o nosso trabalho em busca de produção de sentidos é que vimos na Especialização em Saúde Coletiva a engrenagem dessa busca.

No decorrer de toda esta dissertação iremos nos apresentar como sujeitos, pois sentimos a necessidade de não tratar nossa produção científica como um produto dissociado dos sujeitos, que no caso, somos nós. Portanto nos apropriamos do nosso lugar de fala que é de sermos trabalhadoras da APS no DF há quase 10 anos. O falar não se restringe ao ato de emitir palavras, mas de poder existir. Pensamos lugar de fala como refutar a historiografia tradicional e a hierarquização de saberes consequente da hierarquia social. (7) Neste nosso lugar de produzir cuidado em saúde especificamente dentro da APS é que brotaram os questionamentos sobre como abordar a APS do DF e de como dar sentido a esta produção de acordo com a necessidade do SUS do DF. O questionamento seria seguir ou não a linha frequente de produção científica sobre a APS no DF relatando e analisando o passado.

O sentido para o nosso objeto de pesquisa veio da Fiocruz Brasília, especificamente do Núcleo de Inteligência de Futuro (NIF), que desenvolve oficinas de diálogos prospectivos utilizando a MIF, em que se projeta o futuro, cuja ação estratégica está no tempo presente, ou seja, discussões de possibilidades para resultados mais desejados dentro de um trabalho científico. Dessa forma, responder a nossa pergunta de pesquisa: Quais os cenários possíveis para APS no DF até 2030?

3.2 Materiais e Método

Utilizamos uma abordagem qualitativa ao nosso estudo. Martins (8) define que:

A pesquisa qualitativa é aquela que privilegia a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados, e caracterizado pela heterodoxia no momento da análise. (8)

A ferramenta metodológica utilizada foi à pesquisa-ação. Thiollent (9) estabelece que:

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação da realidade a ser investigada estão envolvidos de modo cooperativo e participativo. (9)

A pesquisa-ação se apresenta como um dos inúmeros elementos que compõe a investiga-ação e incorpora um ciclo de desenvolvimento de pesquisa que melhora a prática por meio da flutuação ordenada entre agir no campo da prática e investigar. Tripp (10) esclarece que:

“A pesquisa-ação é uma forma de investiga-ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar à ação que se decide tomar para melhorar a prática.” (10)

Outros autores corroboram essa ideia, como Kemmis e McTaggart, 1982 (11):

A pesquisa-ação procura a mudança, mas, uma mudança para melhorar. Assim, os seus principais objetivos são: 1. Melhorar: - a prática dos participantes; - a sua compreensão dessa prática; e - a situação onde se produz a prática. 2. Envolver: - assegurar a participação dos integrantes do processo. - assegurar a organização democrática da ação. - propiciar compromisso dos participantes com a mudança. (11)

Para tratar de responder a nossa pergunta de pesquisa nosso estudo precisou incorporar a teoria da Prospectiva Estratégica de Godet (3) considerando que a Prospectiva, na sua essência, ocupa-se apenas da questão: *o que pode acontecer?* A prospectiva adquire o formato estratégico quando as Organizações e Territórios se interrogam sobre: *o que posso fazer?* A partir do momento em que são consideradas e tratadas questões estratégicas para desenvolver questionamentos: *o que vou fazer? Como vou fazer?* (3)

Durance e Godet (3) descrevem que o planejamento estratégico ao se apresentar por meio de cenários permite uma abordagem metodológica da prospectiva estratégica de forma integrada. Um cenário é um conjunto formado pela descrição de uma situação futura e pela cadeia de acontecimentos que permitam passar da situação de origem à situação futura. (3)

A Fiocruz Brasília usa o método da Prospectiva Estratégica, por meio da Metodologia de Inteligência de Futuro (MIF), com adaptações de acordo com o ambiente de estudo, para um melhor aproveitamento do tempo, já que estudar o futuro exige um esforço de sistematizar dados e evidências, adequando o método ao nível de complexidade da organização e da situação.

Utilizamos o ciclo básico de desenvolvimento da pesquisa-ação para descrever a MIF da Fiocruz, porém apenas percorremos as fases de planejamento e implementação. Devido ao atraso em submeter nosso estudo ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fiocruz (CEP) o que inviabilizou a continuidade do desenvolvimento das fases de monitoramento e avaliação.

O formato empregado para o desenvolvimento da MIF foi a Oficina de Diálogos Prospectivos para APS do DF realizado no dia 27 de maio de 2019.

3.2.1 Fontes de Dados

Foi realizada uma revisão integrativa de busca na base Scielo utilizando os descritores: Planejamento Estratégico prospectivo, Estratégia Saúde da Família (ESF) no DF, APS no DF, Atenção Básica no DF. Assim como a análise de relatórios confeccionados pelo NIF da Fiocruz, no ano de 2019.

3.2.1.1 Fase de Planejamento

Nesta fase foi realizada a análise da APS no DF contextualizando com a situação nacional e o planejamento da Oficina de Diálogos Prospectivos para APS do DF até 2030. Construímos os seguintes elementos nesta fase:

3.2.1.1.1 Análise Retrospectiva da APS no DF (2015-2018)

O período de 2015 a 2016 a então presidenta da República Dilma Rousseff sofreu com desgaste institucional produzido pelo processo de impeachment o que levou a uma crise política e institucional no Brasil. Em 2016 ela foi retirada do cargo e assume a presidência da República Michel Temer, após um processo político questionado por muitos juristas (12). Este período foi marcado pela reorganização das forças capitalistas de cunho liberal no Brasil que puseram em prática entre outros planos o fim de programas sociais e o sucateamento das políticas públicas afetando os direitos dos trabalhadores e trabalhadoras deste país.

No setor saúde, o congelamento dos gastos com saúde mediante a aprovação EC nº 95 de 15/12/2016 (13) aprofundou o subfinanciamento do SUS historicamente pautado como um dos principais problemas para sua consolidação.

Conforme constatação de Ocké-Reis: (14)

“... o financiamento jamais alcançou um patamar de suficiência e estabilidade, ao passo que as empresas-privadas de planos de saúde sempre foram objeto de fortalecimento, por meio da destinação de incentivos financeiros contínuos (14)”

Recordaremos a fala à época do então ministro da Saúde, Ricardo Barros, quando declarou (15) que o SUS não cabia no orçamento da nação, manifestando-se favorável à criação de planos populares de saúde com cobertura reduzida no campo da Atenção Primária. (16)

Com a crise institucional e política os governos tiveram de adotar como estratégia a busca por novas formas em gerir a saúde (17). O Governo do Distrito Federal (GDF)

declarou no início de 2015 situação de emergência no âmbito da Saúde Pública no DF (18) que durou até o primeiro semestre de 2017.

Em 2016, com o discurso institucional de um Estado quebrado e a impossibilidade de aumentar o gasto com pessoal por estar acima do teto permitido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) do GDFa Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SESDF) lança o Projeto Brasília Saudável (19). Foi apresentado um conjunto de ações de fortalecimento da APS e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), por meio da contratação de Organizações Sociais (OS), conforme experiências de outros municípios brasileiros vindo na terceirização da gestão do SUS- DF uma alternativa para resolver os problemas da SES-DF. (20)

A proposta de terceirização da gestão por meio de OS provocou um intenso movimento sindical protagonizado pelos Sindicatos de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e da Saúde na defesa histórica de suas respectivas categorias, mas que também levantou a pauta de defesa da gestão do SUS pela administração Direta contra a contratação de OS. (17)

O Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) apresentou 38 publicações durante o período de 2015-2018 confirmando uma atuação intensa comparada ao período anterior, porém após análise das publicações - revelou uma atuação mais burocrático e normativo do que recomendações à gestão (17). A publicação que poderia ter sido de grande acúmulo para gestão da saúde foi a Resolução CSDF nº 465/2016 de 24/10/2016 (21), que legitimou a APS como ordenadora do modelo de atenção à saúde no DF, por meio da ESF, em seu Art. 7, porém abriu espaço para a terceirização da gestão das Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Em 2017, após o desgaste do governo e a perda do projeto de terceirização do SUS no DF, a SES normatizou a reorganização da APS por meio da Portaria SES-DF nº. 77 (22), e a Portaria SES-DF nº. 78 de fevereiro de 2017(23) que acabou com a configuração de dois modelos de APS: Unidade Básica de Saúde (UBS) com serviços organizados por especialidades médicas e agenda programada que predominava no Plano Piloto e algumas Regiões Administrativas; e a ESF, organizada segundo princípios de adstrição de clientela, abordagem familiar, vínculo e longitudinalidade, entre outros princípios, presente em Regiões Administrativas com maior vulnerabilidade social. (24, 25,26)

A Conversão da APS ao modelo ESF perpassou pelos seguintes processos:

- Remodelamento do processo de trabalho;
- Contratação e qualificação de profissionais; e

- Ampliação de dias e horários de funcionamento das UBS.

O remodelamento dos processos de trabalho deu-se após estudos da força de trabalho da APS no DF, que demonstrou a existência de 328 médicos – entre Clínicos, Ginecologistas e Pediatras –, 408 enfermeiros e 1.046 técnicos em enfermagem lotados na APS (27). O redimensionamento dos profissionais da APS foi de suma importância para resolver o problema de recursos humanos e possibilitou iniciar o remodelamento dos processos de trabalho para atuação no modelo ESF.

O programa de conversão foi normatizado pela Portaria SES-DF nº. 78 (23) e previu a capacitação de 222 horas de atividades práticas e teórica com foco nos processos de trabalho dos profissionais médicos clínicos, ginecologista, pediatras e enfermeiros.

A organização das equipes da Estratégia de Saúde da Família (e-ESF) conta com um processo de trabalho em que visa à prestação de assistência integral, adequada às necessidades de saúde da população adscrita, contínua, com resolutividade e qualidade, sob perspectiva da família. Para atingir tais objetivos, é necessária uma abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social. (28)

Constatamos que o modelo de conversão proposto foi frágil, pois não considerou a complexidade do processo de trabalho em saúde e do trabalho em equipe. A reorientação para a implantação do modelo de ESF para APS no DF se ateve apenas a composição das equipes e a um curso teórico de 20 horas. Com capacitação apenas aos profissionais de nível superior, deixando os profissionais de nível médio à margem do processo, sem nenhum planejamento ou projeto institucional de educação continuada.

A Portaria SES-DF nº. 77 (22) flexibilizou a contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ao prever a necessidade de até seis por equipe, proporcionando enfraquecimento das abordagens no território com foco na família, na comunidade e na participação social. Esta portaria foi normatizada em fevereiro de 2017, portanto antecipou-se às mudanças que foram propostas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de outubro de 2017 (29).

A PNAB estabeleceu no âmbito nacional a desresponsabilização do número mínimo de ACS e garantiu o repasse federal mesmo para as e-ESF que não possuísem

estes profissionais. Estas mudanças permitiu à SESDF elevar a cobertura das e-ESF no DF para 69,1% (29).

A contratação e qualificação foram restritas aos profissionais de nível superior, por meio de concurso específico para as categorias de médico e enfermeiro de família e comunidade. Não houve avanço na tentativa de contratação de ACSs muito menos na contratação de profissionais para compor os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) normatizados só no final de 2018, prejudicando a atenção integral e a garantida do cuidado multiprofissional.

A ampliação de dias e horários de funcionamento das UBS também prevista pela Portaria SES-DF nº. 77 desconsideraram as peculiaridades e os acúmulos das experiências das UBS em seus territórios. A criação de horários ampliados aprofundaram as dificuldades do trabalho em equipe. Apesar de parecer o contrário, não aumentando a concentração de médicos e outros profissionais de saúde de modo equitativo no processo de trabalho, propiciando a fragmentação do cuidado e com ênfase em abordagens clínicas individuais, uma vez que o horário de busca por atendimento não se distribui uniformemente durante o período (30).

No período de 2016-2018 houve mudanças normativas a fim de institucionalizar a APS no DF, pautado no modelo ESF, a qual se desvelou uma APS seletiva prevendo os ACS em quantidade insuficiente para dar conta da abordagem comunitária com garantia da participação da comunidade, bem como não garantiu a integralidade por não avançar na implantação dos NASF.

As mudanças no âmbito Nacional e Distrital repercutiram no novo modelo de atenção proposto no DF, pois foi constituída uma APS que preconiza a construção das e-ESFs centrada apenas no médico e na abordagem clínica ambulatorial.

3.2.1.1.2 Análise da Situação Atual (2019) da APS no DF

Compartilhamos da análise que descreve a conjuntura atual brasileira, como um governo de extrema direita, ultra neoliberal e retrógrado, e que este período se caracteriza como o de maiores ameaças à democracia e à garantia dos direitos sociais desde a ditadura militar. (31).

O crescente avanço da agenda neoliberal com o cotidiano desmonte do Estado brasileiro por meio da retirada dos direitos trabalhistas e previdenciários. A redução dos gastos com as políticas sociais imposta pela EC 95/2016, aprofundando o subfinanciamento nos mostra o quanto difícil será a luta por uma APS Abrangente e integral.

Para a análise da situação atual da APS no DF foi necessário pontuar alguns fatos que identificamos como potenciais fatores de mudança no rumo da APS no Brasil e conseqüentemente no DF. Estes fatores serão chamados de fatos portadores de futuro. São eles:

- EC 95/2016;
- Saída dos médicos cubanos do PMM;
- Orientações do Banco Mundial (BM) para o SUS;
- Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde;
- Programa Saúde na Hora;
- MP890 de 01 de agosto de 2019;
- Novo Financiamento para APS;
- Carteira de Serviços; e
- Criação do Departamento de Saúde Digital.

Em novembro de 2018 saíram cerca de 8.500 médicos Cubanos do Programa Mais médicos (PMM) (32) promovendo o desmonte do Programa, impactando já no ano de 2019 na desassistência médica e inconsistindo as respectivas e-ESF de aproximadamente 2.800 municípios, em que mais de oito milhões de famílias brasileiras, quase 30 milhões de pessoas, das quais, cinco milhões de crianças, ficaram sem atendimento médico. (33)

No dia 04 de abril de 2019 o economista sênior do Banco Mundial (BM) Edson Araújo apresentou na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados o relatório com 10 recomendações para o SUS conforme a seguir: (34)

1. Implantar Redes Integradas de Atenção à Saúde;
2. Melhorar a Coordenação com Sistema de Saúde Suplementar;
3. Expandir e Fortalecer a Cobertura da APS;
4. Racionalizar a Oferta de Serviços Ambulatoriais e Hospitalares;
5. Aperfeiçoar os Arranjos de Governança e Gestão para aumentar autonomia, a flexibilidade e a eficiência dos Provedores;

6. Fazer respeitar a função de gatekeeper da APS por meio da produção de incentivos aos Provedores dos cuidados e aos Pacientes;
7. Introduzir itinerários de Atenção/Diretrizes Clínicas Baseadas em Evidência;
8. Definir um pacote de Benefícios a ser coberto pelo SUS;
9. Reformar o Pagamento aos Prestadores para Premiar Qualidade, Resultado e Produtividade; e.
10. O Financiamento “Segue” os Pacientes.

Para uma melhor análise seguem alguns trechos do relatório. (34)

“... existe potencial para regular a relação entre os dois sistemas de forma a maximizar a colaboração, incluindo fluxos conjuntos de pacientes e de informações. Por exemplo, as operadoras de planos e seguros saúde tem crescentemente adotado ações na APS, o que pode ser uma oportunidade para complementar ações e garantir cobertura de serviços primários...

... Há espaço para reduzir o número de hospitais e ambulatorios para maximizar economias de escala, e implantar sistemas funcionais de referência e contra referência. Pelo menos 24% dos hospitais brasileiros (de até 25 leitos) poderiam ser convertidos em unidades de APS ou até fechados...

...há fortes evidências de que os hospitais que funcionam com gestão autônoma, tais como a das Organizações Sociais em Saúde (OSS) tem melhor desempenho do que os que estão sob administração pública direta...

...Estudo do Banco Mundial em uma amostra de hospitais apontou que só 41% dos hospitais contratavam pessoais diretamente; apenas 25% tinham autonomia para demitir pessoal...

... na APS, as reformas da governança e da organização deveriam definir o marco para a implantação de mecanismos mistos de pagamento, combinando capitação e bônus por desempenho para remunerar a coordenação da atenção e melhorar os resultados de saúde...” (34)

A mudança do organograma do MS, que instituiu SAPS criou os seguintes compromissos:

1. Ampliação do acesso às unidades de saúde da família;

2. Definição de um novo modelo de financiamento para APS;
3. Definição de um novo modelo de provimento e formação que inclui a definição de uma carreira de médica na APS;
4. Fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família; e
5. Ampliação da informatização das unidades de saúde da família.

Segue abaixo trechos que expõem as ações para os compromissos propostos:

“... ampliação do acesso criou-se a Portaria MS nº 930, de 15 de maio de 2019, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das unidades de saúde da família, permitirá a ampliação do acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde, ao incrementar o financiamento federal para os municípios que aderirem a esse Programa. Além disso, apoiará os gestores locais que desejarem transformar unidades mistas, pronto-atendimentos e hospitais com número muito reduzido de leitos, em unidades de saúde da família (durante o atendimento diurno) ...

...pelo exposto acima, um dos indicadores propostos para o novo financiamento da APS valorizará o pagamento por cadastro individual único de pessoa adscrita e responsabilizada à equipe, sem estar duplicado, acrescentando à crítica de validação do mesmo, por meio da checagem do CPF. Esse registro é fundamental para o cálculo adequado, tanto da cobertura da atenção primária, como de uma série de outros indicadores, cujos denominadores se baseiam nas variáveis “sexo”, “faixa etária” e “vulnerabilidade social”...

...um novo modelo federal de provimento e formação de médicos para áreas mais remotas do país será proposto em substituição gradativa ao Programa Mais Médicos... modelo de contratação médica, a estratégia será composta ainda por um eixo de formação de especialistas em medicina de família e comunidade que assegurará o progresso na carreira, a supervisão periódica em serviço para todos os profissionais médicos, e a qualidade clínica e responsabilização populacional requerida para a APS...

...nesse sentido, a criação de uma “carteira de serviços de atenção primária” poderá ajudar na definição dos papéis que cada um deverá desempenhar, além de direcionar os serviços e procedimentos essenciais a serem desempenhados nesse ambiente de cuidado, reduzindo a ampla variabilidade de ofertas existentes na APS nacional entre os municípios, mas também entre unidades de um mesmo município...

... ampliação da informatização das Unidades de Saúde da Família configura-se no primeiro passo para o estabelecimento da infraestrutura física e lógica

adequada para a transmissão eletrônica dos dados dos usuários atendidos nas unidades..., permitirá e estimulará o desenvolvimento de inovações por entidades privadas e sua adoção posterior por entes públicos...”(35)

Nosso estudo conseguiu elencar algumas ações empenhadas pela SAPS para arcar com os compromissos por ela estipulado. A Portaria MS nº 930, de 15 de maio de 2019 (36) que institucionalizou o **Programa Saúde Na hora** apresenta-se com o objetivo de aumentar o acesso às UBS e propõe aos municípios de pequeno, médio e grande porte a ampliação dos horários de funcionamento para no mínimo 60 horas e no máximo 75 horas semanais. Prevê também a possibilidade de redução da carga horária do médico, comprometendo a referência do território adscrito por cada equipe da ESF.

O Saúde na Hora anuncia a desconstrução do processo de trabalho da ESF, pois desorganiza ações de saúde, deixando em aberto necessidades de saúde fundamentais, desconsiderando o perfil de morbimortalidade da população. (30)

A nova proposta de provisão de médicos se apresenta também como um dos compromissos assumido pela SAPS, cuja proposta foi lançada no dia 1º de agosto com o nome de Programa Médicos pelo Brasil (MPB) e encaminhado para apreciação oficial da Câmara dos Deputados no formato de Medida Provisória de no. 890.

A Medida Provisória(MP) 890 que previu o Programa Médicos pelo Brasil, aponta as inúmeras contradições ao propor uma Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), cuja a modalidade de gestão identifica-se como Serviço Social Autônomo (SSA).

O SSA é uma pessoa jurídica criada ou prevista por lei como entidade privada de serviço social e de formação profissional vinculada ao sistema sindical, sujeita ao disposto no art. 240 da Constituição Federal. O serviço social autônomo rege-se pelo Direito Privado com a incidência das normas de Direito Público previstas na lei autorizativa. Não está obrigado à observância dos princípios constitucionais da Administração Pública. Não se aplicam a ele as normas constitucionais referentes à administração pública (artigo 37 e 38). Não se submete a regras do regime administrativo, apenas ao controle da aplicação dos recursos de origem pública, por força do art. 70 da Constituição Federal. (37,38)

Este ordenamento jurídico de SSA nos parece não estar em consonância com a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 . O Art. 4º:§ 2º diz que: a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar. Ademais fere o

princípio da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo conforme previsto no Art. 7º(39)

A ADAPS parece ser uma tentativa de privatização da gestão do SUS por meio da APS, pois abre a possibilidade de realocação do governo federal como prestador de serviços de saúde em âmbito local, desconsiderando o processo de descentralização do SUS, que vem sendo construído desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. (31)

O Programa Médicos pelo Brasil não destina qualquer comentário sobre a formação por meio de Programas de Residência Médica, padrão-ouro na formação de especialistas em qualquer área da medicina (30). Um aspecto que poderia ser considerado um avanço nesta proposta é aquele que aponta para a possibilidade de contratação, pela ADAPS, dos médicos que forem aprovados no curso de especialização, via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), devendo os mesmos permanecerem nas UBS em que realizaram a formação (30).

A contradição está no fato de propagandear a criação de uma “ carreira de estado” via contratação CLT visto, as fragilidades e a constatada perda dos direitos trabalhistas imposta pela reforma trabalhista do governo Temer e as atuais propostas de reforma pelo governo Bolsonaro.

O novo modelo de financiamento proposto pela SAPS prevê financiamento para os municípios de pequeno, médio e grande portes que aderirem ao Programa Saúde na Hora. Além de anunciar o pagamento por cadastro individual único de pessoa adscrita e responsabilizada à equipe, atrelando o financiamento ao cumprimento de metas estabelecidas com base em indicadores e monitoramento de desempenho das equipes.

Esta proposta de financiamento acaba com o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e da dimensão do PAB variável relativa à implantação de equipes de Saúde da Família. Pois substitui o PAB (fixo e variável) e os incentivos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e gerentes por um pagamento por capitação ponderada, calculada pelo número de pessoas cadastradas, com consequências drásticas para os municípios. Significa, em primeiro lugar, que os municípios terão que renunciar à única transferência governamental em saúde de base populacional atualmente existente, que é o PAB fixo. O que certamente é um risco para a sustentabilidade financeira do SUS municipal. (31)

A carteira de serviços de atenção primária foi mais uma das ações da nova SAPS, com o objetivo de fortalecer a clínica e o trabalho em equipe, com foco na melhor eficiência. Porém as propostas de organização dos horários de trabalho de cada tipo de profissional nas UBS aproximam-se de modelos de plantonista: fragmentam fortemente o

trabalho em equipe, rompem o vínculo com a população adscrita, quebram a longitudinalidade da relação interpessoal e afastam os profissionais da convivência da realidade do território. Não garantem um bom equilíbrio no atendimento das demandas espontâneas e programadas e programáticas. (39)

A criação do Departamento de Saúde Digital é reflexo dos desdobramentos do movimento institucional para o desenvolvimento da saúde digital, tendo como marco institucional a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGETES) no ano 2003.

Em 2007 a SEGETES implementara o Telessaúde (40) – integrando ensino e serviço por meio de ferramentas, tecnologias da informação, para promover a Teleassistência e a Teleducação, em nível nacional. Dirigido inicialmente ao desenvolvimento dos profissionais da ESF, o telessaúde foi implementado através de parcerias com universidades públicas, quando se criaram nove núcleos de Telessaúde em universidades de estados das cinco regiões do Brasil.

Reconhecendo e respeitando as variadas conceituações sobre Telessaúde, Telemedicina, Saúde 4.0, e-Health, m-Health, entre outras, elegemos o termo Saúde Digital para tratar dos assuntos relacionados às tecnologias de informação e comunicação, às tecnologias de conexão e ao campo da saúde. (41)

A criação do Departamento de Saúde Digital desvela uma tendência de orientação mundial conforme a fala do diretor-geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus (42) o qual diz que:

“[...] poder das tecnologias digitais é fundamental para alcançarmos a cobertura universal de saúde [...] e que em última análise, as tecnologias digitais não são fins em si mesmas; são ferramentas vitais para promover a saúde, manter o mundo seguro e servir aos vulneráveis. (42)

Devemos levar em consideração a questão das dimensões de complexidade da interoperabilidade, isto é, a capacidade técnica, semântica e organizacional do sistema de saúde (gestão e processos) em absorver a Saúde Digital como forma de prestação de serviço nativo e natural (43).

A Saúde Digital como expressão do desenvolvimento em ciência, tecnologia e inovação apresenta desafios éticos e de manutenção de investimento para dar cabo aos avanços necessários. Para isso consideramos que o impacto das medidas de austeridade fiscal na saúde, assim como as crises econômica e política de expansão fiscal, redução ou eliminação de políticas de proteção social apresentam-se como os maiores desafios da atualidade para o devido avanço da Saúde Digital no Brasil.

A promoção a saúde entra como um ponto forte de intervenção mediante a saúde digital, a criação do departamento de promoção à saúde ligada a SAPS também deixa claro qual espaço a saúde digital irá ocupar.

A Situação da APS no DF em 2019 não apresentou nenhuma mudança estruturante, deu-se continuidade ao modelo de Atenção à Saúde pautada pela e-ESF conforme as portarias 77 e 78 de 2018. A novidade normativa do atual governo do DF foi a ampliação do domínio do Instituto de Gestão Estratégica da Saúde (IGES) para além da gestão do Hospital de Base conforme Decreto no. 39.674 de 19 de fevereiro de 2019 (44), que permitiu a ampliação da terceirização da gestão da Rede de Atenção à Saúde, por meio da inclusão das Unidades de Pronto Atendimento.

3.2.1.1.3 Preparação da Oficina de Diálogos Prospectivos para APS no DF

- Escolha dos atores para Oficina:

Consideramos firmar parceria com CSDF, pois avaliamos que os atores deveriam sair da 10a. Conferência Distrital de Saúde. Neste contexto definimos, que os representantes da câmara técnica da APS do CSDF, gestores, pesquisadores e docentes que participavam dos diferentes espaços e serviços do SUS no DF também seriam nosso público.

- Experiência na condução da Oficina:

Previmos a necessidade de nos apropriar da MIF e para isso nos incorporamos ao grupo de pesquisadores do NIF para participar como facilitadoras na Oficina de Diálogos Prospectivos para APS no Rio Grande do Sul (RS), realizada na cidade de Bento Gonçalves durante a Feira de Soluções para a Saúde RS nos dias 24 e 25 de abril de 2019.

- Seleção dos fatores de incerteza/variáveis-chaves relevantes à APS do DF:

As variáveis- chaves/fatores críticos são como fatos que caracterizam o sistema estudado e o seu contexto (3). Extraímos como base os 60 fatores críticos/variáveis chaves trabalhados na oficina de Diálogos Prospectivos para APS no RS. Seleccionamos 48 fatores de relevância para APS do DF.

Os fatores críticos/variáveis tiveram uma descrição detalhada para facilitar a análise e a identificação das relações entre elas, a fim de permitir a constituição da base necessária para realização do exercício prospectivo.

- Seleção dos fatores portadores de futuro:

A análise da situação atual da APS no DF nos permitiu identificar os seguintes fatos portadores de futuro de relevância:

- EC 95/2016;
- Saída dos médicos cubanos do PMM;
- Orientações do Banco Mundial para o SUS;
- Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde;
- Programa Saúde na Hora;
- MP890 de 01 de agosto de 2019;
- Novo Financiamento para APS;
- Carteira de Serviços da APS; e
- Criação da Departamento de Saúde Digital.

3.2.1.2 Fase de Implementação/Ação

3.2.1.2.1 Sensibilização dos Atores para Participarem da Oficina de Diálogos Prospectivos

Os atores convidados estavam entre os delegados eleitos para a 10a. Conferência Distrital de Saúde, que participaram das sete Conferências Regionais de Saúde do DF, ocorridas até o final do mês de maio de 2019.

O convite contemplou quatro delegados por regionais, sendo dois usuários, um trabalhador e um gestor. Ademais, foram convidados representantes da câmara técnica da

APS do CSDF, gestores, pesquisadores e docentes dos diferentes espaços e serviços do SUS no DF.

3.2.1.2.2 Realização da Oficina de Diálogos Prospectivos Utilizando o MIF da Fiocruz

A Oficina de Diálogos Prospectivos para APS no DF aconteceu no dia 27/05/2019 e abordou a prospectiva estratégica por meio da MIF. A reflexão coletiva permitiu a apropriação da metodologia e das variáveis por todos os atores envolvidos, refletindo no resultado da oficina: cenários possíveis para APS no DF até 2030.

1. Apresentação das variáveis chaves/fatores críticos e seus descritores:

Neste momento foi apresentado os 48 fatores críticos e seus descritores. Os participantes discorreram por uma hora e discutiram sob diferentes olhares a real relevância dos fatores críticos apresentados para APS do DF. Ao final desta etapa os participantes decidiram por trabalhar com 20 fatores críticos.

Figura 2: Fatores Críticos Selecionados na Oficina de Diálogos Prospectivos.



3.2.1.2.3 Passos para a Construção dos Cenários Possíveis

Os 19 fatores críticos/variáveis chaves selecionados pelos participantes deram o embasamento aos cruzamentos, que deram origem às hipóteses de futuro. O instrumento utilizado para facilitar o cruzamentos foi a matriz para construção das hipóteses de futuro (figura 3).

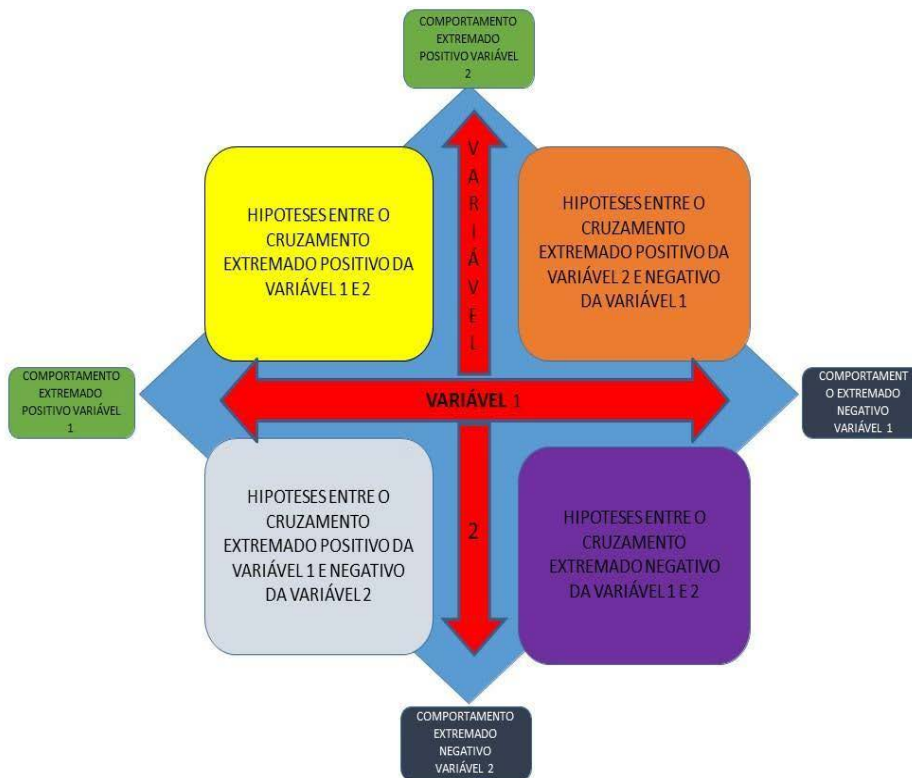
Foram percorridos os seguintes passos para o preenchimento da ficha e construção das hipóteses de futuro:

1º. Passo: escolher 2 variáveis;

2º. Passo: definir o comportamento extremado negativo e o comportamento extremados positivo de cada variável; e

3º Passo: construção de hipótese por meio do cruzamento de cada 2 variáveis.

Figura 3: Matriz de Construção de Hipóteses de Futuro.



3.2.1.2.4 Construção dos Cenários Possíveis para APS do DF

A construção dos cenários possíveis considerou os seguintes aspectos: a pertinência, a coerência, a verossimilhança, a importância e a transparência. Estes aspectos garantiram que os cenários fossem plausíveis, possíveis, viáveis e factíveis.

Os cenários possíveis foram construídos com base nas variáveis-chaves/fatores críticos e nos fatos portadores de futuro, pois a conjugação destes dois elementos auxiliou a formulação das hipóteses de futuro e que deram estrutura a construção dos cenários possíveis (Tabela 1).

Tabela 1: Construção de Cenários Possíveis.

Variáveis chaves	Cenário Provável	Cenário Positivo
<ul style="list-style-type: none"> • RELAÇÃO PÚBLICO PRIVADA/REGULAÇÃO DO SISTEMA 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão pública direcionada a necessidade de ampliação de contratos com serviços privados • Rede desarticulada prejudicando o sistema de referência e contra referência • Baixa transparência na gestão 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do custo
<ul style="list-style-type: none"> • REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO/RESPOSTA A DOENÇAS EMERGENTES 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso intenso da mídia digital para maior alcance de informação ao público 	
<ul style="list-style-type: none"> • TERCEIRIZAÇÃO DA ÁREA FIM/POLÍTICAS DE EQUIDADE 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrédito da população na gestão estatal • Maior monitoramento, avaliação e controle 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da saúde da população
<ul style="list-style-type: none"> • SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA/ACS 	<ul style="list-style-type: none"> • Rediscussão da função dos ACS • Incorporação de novas tecnologias digitais 	<ul style="list-style-type: none"> • ACS em todos os cenários • ACS mais qualificados
<ul style="list-style-type: none"> • FRAGMENTAÇÃO DO SUS/CUIDADOS PRIMÁRIOS 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridade das ações ambulatoriais em detrimento das ações de promoção e prevenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo Custo • Aumento da expectativa de vida
<ul style="list-style-type: none"> • DOENÇAS DEGENERATIVAS/CUIDADOS PRIMÁRIOS 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência da longitudinalidade do cuidado • Promoção da saúde digital 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuário participativo e satisfeito • Fortalecimento da APS/APS qualificada
<ul style="list-style-type: none"> • FRAGMENTAÇÃO DO SUS/DESCONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE O SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfação do usuário com o SUS/descrédito do serviço público • Baixo investimento/orçamento • Enfraquecimento do SUS • Priorização da eficiência/alternância dos gestores • Ações de controle Social enfraquecidas 	
<ul style="list-style-type: none"> • FINANCIAMENTO/CONDIÇÕES DE SAÚDE 		<ul style="list-style-type: none"> • Mais promoção da saúde
<ul style="list-style-type: none"> • CONDIÇÕES DE TRABALHO/CONDIÇÕES DE SAÚDE 		<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia administrativa
<ul style="list-style-type: none"> • PROMOÇÃO DA SAÚDE/MODELO ASSISTENCIAL NA APS 		<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da longevidade/trabalhadores empoderados

3.3 Análise dos dados da Oficina de Diálogos Prospectivos para APS no DF

Apenas os cenários descritos como Cenário Positivo e Cenário Provável foram avaliados como cenários possíveis para APS do DF.

O critério de teste de consistência foi utilizado como método de análise dos cenários construídos. Ao aplicar o teste de consistência identificamos que muitas das hipóteses de futuro do cenário negativo e o cenário mais provável convergiam, o que nos permitiu desconsiderar o cenário negativo.

4 RESULTADOS

4.1 Cenário: Tendência da APS no DF

O cenário tendência da APS no DF reflete uma visão de futuro como o cenário mais provável de acontecer no horizonte de 11 anos. Ressalta-se que este cenário está à nossa porta, posto que os fatos atuais portadores de futuro se apresentaram com alta propensão de se efetivar. Este será o cenário base para a realização das nossas considerações finais, bem como o direcionamento das nossas propostas de ações de monitoramento.

O Governo Federal seguirá avançando na lógica da agenda neoliberal com o desmonte do Estado brasileiro por meio da retirada de direitos, redução dos gastos com as políticas sociais e o recrudescimento do subfinanciamento do SUS devido à manutenção EC 95/2016.

O cenário do DF aponta por apresentar dificuldades financeiras do Estado devido ao desamparo financeiro da esfera federal imposto pelo desfinanciamento do SUS por conta EC 95/2016 que congela os gastos com saúde por 20 anos, assim como estará desamparado pelo novo modelo de financiamento para APS.

Toda essa conjuntura indica o protagonismo de alguns atores sociais, tanto nacionais quanto distritais, tais como representantes de instituições financeiras internacionais - como o Banco Mundial (BM), trabalhadores, gestores, usuários e controle social (Conselhos de Saúde).

Neste cenário tendência da APS no DF a gestão pública apresentará reiteradas **mudanças de nomeações de cargos de gestão da SES-DF** com claro objetivo de **desqualificar a gestão pública** com o fomento do **descrédito do serviço público de qualidade, com a crescente insatisfação do usuário**. Tudo isso como reflexo da manutenção da política de austeridade fiscal imposta pela EC 95/2016 cujo impacto neste horizonte de 11 anos no SUS-DF, fará com que a gestão pública opere somente sob a lógica do princípio da máxima eficiência.

A gestão do SUS-DF seguirá pela lógica de **ampliação de contratos com órgãos privados** acompanhando as orientações propostas pelo BM, na qual buscará garantir

processos inovadores de gestão por meio do aperfeiçoamento dos arranjos de Governança e Gestão para aumentar a autonomia, a flexibilidade e a eficiência dos Provedores Privados.

Nesta lógica de cenário provável para APS no DF no horizonte de 11 anos consolida o Programa MPB no qual a APS do DF seria gerida pela esfera federal, por meio da Institucionalização da ADAPS, ocasionando um imbróglio no avanço do processo de descentralização da gestão do SUS no DF, proporcionando **desarticulação da Rede de Atenção à Saúde e prejudicando o Sistema de Regulação**.

A gestão da APS do DF será feita pela esfera federal por meio da ADAPS, cujo ordenamento jurídico permite **baixa transparência nos processos de gestão e de controle de gastos**, posto que não é obrigado à observância dos princípios constitucionais da Administração Pública. Soma-se a isso a ADAPS não prever a presença de representante do controle social dentro do conselho deliberativo, aprofundando o **enfraquecimento do SUS**, por meio do **enfraquecimento do controle social** e ferindo os princípios de descentralização e participação da comunidade.

Ademais, não há transparência nos processos seletivos destes profissionais cuja a contratação é via CLT. Há clara evidência de **precarização da relação de trabalho** promovendo insegurança e instabilidade, pois a manutenção das políticas de austeridade com aumento da perda de direitos, incluídos os direitos trabalhistas, aprofundarão estas relações de precarização, bem como **a implantação de ações de monitoramento, avaliação e controle**.

A implantação de ações ditas de valorização do trabalho por meio de indicadores que monitoram o desempenho das equipes contribui com ampliação da lógica de controle que gera tensionamento e não contribui para implementar processos de trabalhos que dialoguem com o território e as pessoas que nele vivem (trabalhadores e usuários).

A carteira de serviços da APS proposta pela SAPS será implantada na sua totalidade no DF, observando que antes mesmo da proposta da SAPS o DF já havia feito um movimento institucional durante os anos de 2015-2018, prevendo a lógica de extensão do horário de atendimentos das UBS. A previsão para o horizonte de 11 anos é que haja **prioridade das ações ambulatoriais/individuais em detrimento das ações de promoção e prevenção**, se a SESDF vier a institucionalizar o Programa Saúde na Hora aprofundará os problemas para abordar o cuidado de forma longitudinal, deteriorando ainda mais o processo de trabalho em equipe.

O trabalho em equipe estará fragmentado com prioridade de atendimento centrado no médico e na abordagem clínica ambulatorial, visto que os ACS passarão a realizar

atividades outras, ainda não elucidadas quais atividades seriam essas. A **rediscussão da função do ACS** estará dada, visto que esta lógica e-ESF não prioriza a abordagem familiar e comunitária.

Dentro do cenário de tendência da APS no DF até 2030, há previsão de **uso intenso da mídia digital** como instrumento de promover saúde, bem como a **construção de plataformas digitais para atendimento médico**, seguindo a tendência de **incorporação de novas tecnologias digitais**, apesar da pouca informação sobre como serão operacionalizados investimento necessário para universalizar estas tecnologias haja visto a permanência do congelamento do teto de gastos pela EC 95/2016.

4.2 Cenário: Resgate da APS do DF

O cenário rumo ao resgate da APS do DF reflete uma visão de futuro otimista no horizonte dos próximos 11 anos. Este cenário pressupõe um contexto nacional do Estado Democrático de Direito com restabelecimento das políticas públicas que incorpora o conceito de justiça social, com respeito ao direito à diferença.

Com a retomada do investimento das políticas públicas resgatar-se-a a articulação intersetorial promotora de equidade, atuando-se diretamente nos componentes dos determinantes das desigualdades em saúde, reavendo-se direitos trabalhistas e previdenciários e assim **melhorar a situação de saúde da população**, ao promover **maior longevidade e qualidade de vida**.

Neste cenário rumo a resgate da APS no DF visualiza-se no horizonte de 11 anos uma APS pautada pela eficiência (**menor custo**), quando deveríamos reconhecer a necessidade de um sistema de saúde com ênfase em uma APS com a qualidade dos serviços como premissa a ser buscado.

Neste cenário haveria fortalecimento do eixo de **participação social** na gestão do SUS –DF com protagonismo **dos conselhos gestores** dando importância aos espaços de governança territorial com a **participação sinérgica dos trabalhadores**.

Com o resgate do Estado Democrático de Direito, com o fim da política neoliberal de austeridade fiscal, o financiamento para o SUS retoma as discussões referente, à reforma tributária com a tributação de grandes fortunas, a reincorporação do fundo do pré-sal para

área da saúde e educação. Este cenário nacional refletirá diretamente no Distrito Federal, pois o Ministério da Saúde aumentará os subsídios financeiros para a devida **qualificação da APS** no DF , por meio da ampliação das e-ESF **contemplando os ACS** em um número mínimo necessário para dar conta da complexidade do território e ampliando o cuidado por meio da abordagem familiar e comunitária, assim como a **implantação de NASFs** em todo território do DF como forma de qualificar o cuidado em um logica de complementariedade do cuidado em saúde.

Com aumento dos subsídios financeiros mediante a recuperação do Estado, por meio do resgate das políticas sociais haverá o desenvolvimento de uma **APS articulada com a Rede de Atenção à Saúde** pautada por **gestão pública**, promovendo **maior transparência da gestão** por meio da efetiva participação do controle social e assim **produzir maior satisfação dos usuários e trabalhadores.**

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A MIF da Fiocruz tomou evidência ao construir os cenários possíveis para APS no DF até 2030, com incorporação os elementos importantes da Prospectiva Estratégica. Para ser fecundo e portador de futuro, a junção entre a Prospectiva e a Estratégia deve encarnar-se na realidade cotidiana e dar origem, por meio da **apropriação** por todos os atores envolvidos, diga-se do topo, à base da hierarquia (3).

Por meio da realização da Oficina de Diálogos Prospectivos, a MIF da Fiocruz, promoveu a **apropriação** de todos os participantes na elaboração dos cenários possíveis para APS no DF até 20130, visto heterogeneidade dos atores, consolidando uma verdadeira mobilização coletiva com promoção da capacidade reflexiva de todos os participantes.

O produto da Oficina de Diálogos Prospectivos foi a elaboração dos cenários possíveis para APS no DF até 2030. Estes cenários foram classificados como: a) cenário positivo b) cenário negativo c) cenário mais provável. Ao analisar as hipóteses de futuro que foram incorporadas aos cenários possíveis percebemos que muitas das hipóteses de futuro dos cenários negativo e mais provável convergiam, nos levando a considerar apenas o cenário mais provável.

As narrativas dos cenários possíveis, vimos como tendência a efetivar-se neste horizonte de 11 anos para a APS do DF o **Cenário de Tendência da APS no DF**, conforme a constatação de evidências portadoras de futuro.

A manutenção da EC 95/2016 já está impactando o SUS-DF, vez que já estamos operando na lógica da máxima efetividade em que não há previsões orçamentárias para investimento e ampliação dos serviços públicos com maior eficiência. As reiteradas **mudanças de nomeações em cargos de gestão** da atual SES-DF são fatos preocupantes.

A evidente ingerência do BM no Brasil, explicitamente no SUS, constatada por meio da apresentação do relatório com recomendações, que visam flexibilizar os marcos legais que limitam a participação privada no SUS, assim como o explícito apoio às Organizações Sociais da Saúde (OSS).

Este **Cenário de Tendência da APS** no DF já está à porta do SUS no DF, haja visto a **ampliação de contratos com órgãos privados**, com a incorporação da Gestão da UPAS pelo IGES.

Compromissos de gestão do MS e SAPS serão cumpridos por meio do aperfeiçoamento dos arranjos de governança e gestão. Arranjos para aumentar a autonomia, a flexibilidade e a eficiência dos provedores privados. A materialidade destes

compromissos pode ser visto por meio da proposta da MP890 de 01 de abril de 2019 , que prevê a institucionalização de um novo ordenamento jurídico, intitulada Agência de Desenvolvimento para Atenção Primária à Saúde para gerir a APS no âmbito nacional, que também poderá descaracterizar o princípio da descentralização político-administrativa, deslocando a gestão pública direta da APS do DF para gestão terceirizada.

Recomendamos a continuidade do exercício prospectivo para APS do DF nos diferentes espaços de governança do SUS no DF com a finalidade de manter a mobilização e fortalecer a participação e apropriação de todos os participantes. Essa continuidade é importante para a construção de uma rede que possa colocar em prática a ação estratégica de forma reflexiva para frear as ameaças e potencializar os avanços da APS no DF.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Decreto no. 9.795 de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm . Acesso em: 08 de outubro de 2019.

2. BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

3. GODET, Michel; DURANCE, Philipp. A prospectiva estratégica para as empresas e os territórios. Disponível em: <http://en.lapropective.fr/dyn/traductions/contents/findunod-godet-durance-ext-vpt.pdf>. Acesso em: 25 agosto de 2019.

4. JESUS, Marcelo Souza de; MAIA, Edward Torres; VELOSO, Gabriel Maia; CAVALCANTE, Marcio Aldrin Franca; SILVA, Waldir Campelo da; MARTINS, Wagner de Jesus. Diálogos Prospectivos Brasília: Integração de Políticas Públicas no Território. Com. Ciências Saúde. v 28, n 02, p 198-204, abril de 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/diologo_brasilia_territorio.pdf. Acesso: em 19 de outubro de 2019.

5. MORITZ, Gilberto de Oliveira, NUNER, Rogério, PEREIRA, Mauricio Fernandes. Os Métodos de Prospecção de Cenários e sua aplicação nas organizações: Um estudo de caso no período 1998-2008. Faces R. Adm. Belo Horizonte, · v. 7 · n. 2 · p. 68-83 · abr./jun. 2008.

6. MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. Brasília, v 6, n 2, p 151-163, 2012. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>. Acesso em: 18 de outubro de 2019.

7. RIBEIRO, Djamila. O que é Lugar de Fala? Belo Horizonte, 2017.

8. MARTINS, H. H. T. S. 2004. Metodologia Qualitativa de Pesquisa. In Educação e Pesquisa. São Paulo, v.30, n2, maio/ago 2004.

9. THIOLLETE, Michel. Metodologia da Pesquisação. 8o. Edição. São Paulo: EDITORA CORTEZ, 1998.

10. TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educ. Pesqui. [online]. 2005, vol.31, n.3, pp.443-466. ISSN 1517-9702.

11. KEMMIS, Stephen. MC TAGGART, Robin. O planejador de Pesquisa-ação. 2a. Edição. Universidade de Deakin.1982.
12. PUFF, Jefferson; MENDONÇA, Renata. Duas visões: juristas contra e a favor avaliam pedido de impeachment. BBC News. Rio de Janeiro e São Paulo. 2 dezembro de 2015. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/12/151201_impeachment_2visoes_juristas_jp Acesso em: 19 de outubro de 2019.
13. BRASIL. Senado Federal. Atividade Legislativa. Proposta de Emenda à Constituição Nº 55, de 2016 - PEC do Teto dos Gastos Públicos. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337>. Acesso em 25 de agosto de 2019.
14. OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, V. 41, N. 113, P. 365-371, abril -junho 2017. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0365.pdf. Acesso: em 18 de outubro de 2019.
15. COLUCCI, Cláudia. Tamanho do SUS precisa ser revisto, diz novo ministro da Saúde. Folha de São Paulo. São Paulo. 17 de maio de 2016. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-dasaude.shtml>. Acesso em: 19 de outubro de 2019.
16. Planos Populares de Saúde podem estar disponíveis ainda este ano. AGÊNCIA BRASIL. Brasília, 19 de setembro de 2017. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-09/planos-de-saude-populares-podem-estar-disponiveis-ainda-este-ano>. Acesso em : 19 de outubro de 2019.
17. FILHO, Fernando Edson Cerqueira. Análise política da implementação da Atenção Básica no Sistema de Saúde do Distrito Federal. 2019. 77 p. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família e Comunidade – PROFSAÚDE, da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal. Secretaria de Saúde, Governo do Distrito Federal. 2019.
18. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Decreto 36.279, de 19 de janeiro de 2015. Declara a situação de emergência no âmbito da Saúde Pública do Distrito Federal e dá outras providências .Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Diario/f9c71b73-79f2-3e09-b899-8258af8ea517/dff1b4fe.pdf>. Acesso em: 19 de outubro de 2019.
19. DISTRITO FEDERAL. O Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no DF. Brasília Saudável. Disponível em: http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf. Acesso em: 19 out. 2019.

20. GOTTEMS, Leila Bernarda Donato; ALMEIDA, Marilza Oliveira de; RAGGIO Armando Martinho Badou; BITTENCOURT, Roberto José. Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Ciênc. Saúde coletiva*. Rio de Janeiro. vol.24 no.6. 27 de jun 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000601997. Acesso em: 19 de outubro de 2019.
21. DISTRITO FEDERAL. Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF). Resolução nº 465, de 4 de outubro de 2016. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Resolu%C3%A7%C3%A3o-do-Conselho-de-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal-n%C2%BA-465_2016.pdf. Acesso em :19 de outubro de 2019.
22. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Portaria 77, de 14 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf.
23. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Portaria 78, de 14 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf.
24. GOTTEMS, Leila Bernarda Donato. Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). Brasília: Universidade de Brasília; 2010. 285 p. Tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração e Ciência da Informação e Documentos da Universidade de Brasília, Distrito Federal. 2010.
25. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Relatório Anual de Gestão. Brasília; 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/RAG-2016-Parte-I.pdf>. Acesso em: 19 de outubro de 2019.
26. GOTTEMS, Leila Bernarda Donato et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.6, pp.1409-1419. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600023>.
27. CORRÊA, Daniel Seabra Resende Castro 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*. Rio de Janeiro, vol.24, no.6 , 27 de junho, 2019.
28. MINISTÉRIO DA SAUDE. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de

Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em 19 de outubro de 2019.

29. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

30. ANDERSON. Maria Inez Padula. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro, vol. 14, no. 41, 1-16, Jan-Dez, 2019.

31. REDE DE PESQUISA EM APS DA ABRASCO (REDE APS). Em defesa da Atenção Primária à Saúde forte e abrangente, coração do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/b74adf494bc494eeda56abb5d84426870715586b.pdf>.

32. TASCA, Renato. Impacto da saída dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos. PORTAL DE INOVAÇÃO NA GESTÃO DO SUS. Brasília, 16 de novembro de 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/impacto-da-saida-dos-medicos-cubanos-do-programa-mais-medicos/>. Acesso em: 19 de outubro de 2019.

33. World Bank. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>.

34. DOS REIS, João Gabbardo et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. vol.24 no.9 ,3457-3462, 09 de setembro, 2019.

35. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências.

36. CONASS. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/servico-social-autonomo/> Acesso em 19 de outubro de 2019.

37. BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 19 de outubro de 2019.

38. GIOVANELLA, Lígia; MENDES, Cassiano Franco. Comentários sobre a carteira nacional de serviços para a APS sob consulta. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/jornalista-aborda-artigo-de-ligia-giovanella-e-cassiano-mendes/42410/>. Acesso em 19 de outubro de 2019.
39. BRASIL. Telessaúde. Mato Grosso do Sul. Uma Ação Nacional. Disponível em: <http://telessaude.saude.ms.gov.br/>. Acesso em: 19 de outubro de 2019.
40. CEZAR, Gustavo Buss. A interface entre o objetivo de desenvolvimento sustentável 3 (ODS 3) da agenda 2030 e a saúde digital. 2019. 45 f. Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde Pública, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2019.
41. OMS. Organização Mundial da Saúde. Primeira diretriz sobre intervenções de saúde digital. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5914:oms-divulga-primeira-diretriz-sobre-intervencoes-de-saude-digital&Itemid=844>. Acesso em: 18 mai.2019.
42. SCHMITZ, C. A. A. Telessaúde como suporte assistencial para atenção primária à saúde no Brasil. 2015. 106 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2015.
43. DISTRITO FEDERAL. Decreto no. 39.674 de 19 de fevereiro de 2019. Regulamenta o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF, e dá outras providências. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/d116c5bde0074d38bcd95958b8ee57d1/Decreto_39674_19_02_2019.html. Acesso em: 19 de outubro de 2019.

APENDICE

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Este formulário de consentimento tem por objetivo informar-lhe sobre esta pesquisa, a qual você que compõe os diversos espaços de governança do SUS no

Distrito Federal foi convidado a participar, bem como ter sua autorização explícita para realizá-la.

Este texto pretende explicar como será a pesquisa e como será a sua participação. Se você deseja conhecer mais detalhes sobre algo mencionado aqui, ou sobre informações que não estiverem incluídas, sinta-se à vontade para perguntar.

Por favor, leia cuidadosamente esse formulário e as informações aqui contidas.

Título do Projeto: Atenção Primária em Saúde no DF até 2030: Cenários a partir do método de Inteligência de Futuro da Fiocruz

Pesquisador (a)s: Lilian Silva Gonçalves e Michelle Andrezza Falcão Rodrigues

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Os dados que se pretende coletar referem-se à uma pesquisa-ação, que será realizada por meio da sua participação (incluindo o do pesquisador) das reuniões nos espaços de governança do SUS do Distrito federal, que cujas reuniões poderão ser gravadas em áudios, filmagens, fotografias, mídias e redes sociais, bem como registros escritos, feitos por você ou pelo pesquisador. Serão apresentados nestes espaços os cenários possíveis para APS no DF até 2030, assim como a metodologia de inteligência de futuro da Fiocruz para que se possa avaliar a potencialidade da prospecção estratégica por meio da ação estratégica reflexiva para frear as ameaças e potencializar os avanços da APS no DF.

1. Natureza da pesquisa: Sra. (sr.) está sendo convidada (o) a colaborar com esta pesquisa, por meio da sua participação nas reuniões dos espaços de governança do SUS no DF. A pesquisa tem como objetivo analisar o uso da metodologia de Inteligência de Futuro da Fiocruz por meio da identificação dos cenários possíveis para Atenção Primária no Distrito Federal até 2030. A sua participação será registrada durante a realização das reuniões e terá duração máxima de até 4 horas.

2. Envolvimento na pesquisa: Sra. (sr.) tem liberdade de se recusar a participar da pesquisa, ainda, se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificativa. Haverá a guarda dos registros por parte da pesquisadora pelo período de cinco anos, ao término do qual, serão destruídos. Todo o conteúdo produzido poderá ser utilizado na pesquisa. Ele será transcrito e ficará disponível para sua apreciação e aprovação preliminar. Os dados produzidos serão tratados e analisados.

3. Confidencialidade: Solicito a autorização para o uso das informações recolhidas nesta pesquisa por meio da coleta dos dados gravados em áudios, filmagens, fotografias, mídias e redes sociais, bem como registros escritos, pois irão compor os resultados de pesquisa apresentados no Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde Coletiva da Escola Fiocruz de Governo. Desta forma, as informações registradas não serão sigilosas, por se tratar de uma pesquisa de investigação em que utiliza meios para anunciar a ação que se decide tomar para aperfeiçoar a prática da gestão do SUS no DF.

4. Risco ou desconforto: Esse estudo traz riscos mínimos para os seus participantes. Porém, se em algum momento você se sentir desconfortável, por sentir-se estigmatizado ou sentir-se invadido em sua privacidade pode solicitar o encerramento dos registros bem como desistir de participar.

5. Sigilo: Os nomes dos participantes estarão em sigilo, pois todas as informações obtidas na pesquisa serão utilizadas apenas para a análise científica dos dados.

6. Benefícios: Esse estudo trará benefícios para o SUS-DF pois trará inovação ao apresentar a metodologia de inteligência de futuro da Fiocruz como uma ferramenta de planejamento de ação prospectiva ao colocar em prática a ação estratégica de forma reflexiva para frear as ameaças e potencializar os avanços da APS no DF.

Consentimento: A sua assinatura neste formulário indica que você está participando voluntariamente. Indica também que leu e entendeu as informações contidas neste formulário. Você é livre para se recusar a responder a específicos itens ou questões durante a pesquisa-ação. Você é livre para desistir de ser participante do estudo em qualquer momento, sem nenhuma penalidade. Sinta-se livre para pedir explicações ou esclarecimentos a qualquer momento durante a pesquisa. Se você tem outras questões que concernem a este estudo, por favor, pergunte ao pesquisador. Uma cópia deste consentimento será entregue ao participante da pesquisa.

Coordenadora (s) da pesquisa: Lilian Silva Gonçalves e Michelle Andreza Falcão Rodrigues

Telefone (61) 3204-4145

Endereço: Fiocruz Brasília – Av. L3 Norte Campus Universitário Darcy Ribeiro/Brasília-DF

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos da pesquisa contatar o comitê de ética responsável pela aprovação.

- Telefone:(61)3329-4607/3329-4638
- e-mail: cepbrasil@fiocruz.br

Nome da/do Participante da Pesquisa

Assinatura da/do Participante da Pesquisa CPF

Nome da Pesquisadora (1)

Assinatura da Pesquisadora (1)

Nome da Pesquisadora (2)

Assinatura da Pesquisadora (2)