

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO SAÚDE COLETIVA**

GILVAN FAUSTINO DE SOUSA

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO
MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DISTRITO FEDERAL: OS
MÚLTIPLOS SENTIDOS CONSTRUÍDOS E OS DESAFIOS PARA A
CONVERSÃO DO MODELO NA REGIÃO LESTE DE SAÚDE**

BRASÍLIA

2017

GILVAN FAUSTINO DE SOUSA

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO
MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DISTRITO FEDERAL: OS
MÚLTIPLOS SENTIDOS CONSTRUÍDOS E OS DESAFIOS PARA A
CONVERSÃO DO MODELO NA REGIÃO LESTE DE SAÚDE**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Saúde Cole-
tiva Faculdade de Ciências da Saúde,
Departamento de Saúde Coletiva co-
mo requisito parcial para obtenção do
grau de Bacharel em Saúde Coletiva.
Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Claudia Pedrosa.**

BRASÍLIA

2017

GILVAN FAUSTINO DE SOUSA

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO
MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DISTRITO FEDERAL: OS
MÚLTIPLOS SENTIDOS CONSTRUÍDOS E OS DESAFIOS PARA A
CONVERSÃO DO MODELO NA REGIÃO LESTE DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Saúde Coletiva Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Claudia Pedrosa.

Aprovado em _____ de julho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Professora. Dra.

Denise de Lima Costa Furlanetto

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A Deus

A minha esposa Osair Faustino

A meus pais

Faustino Hilário de Sousa (*in memoriam*)

Maria Evangelista de Sousa (*in memoriam*)

A minha família

Agradeço à minha orientadora pela paciência e grandes ensinamentos que, mesmo com grandes demandas sob sua responsabilidade, buscou tempo nas madrugadas para ler este material.

“Se optar pelo prazer do conhecimento
prepare-se para sofrer.”

Nietzsche.

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Básica define a Estratégia Saúde da Família como principal forma para consolidação da Atenção Básica à Saúde no Brasil. No Distrito Federal as Portarias 77 e 78 da Secretaria de Estado de Saúde do DF, publicadas em fevereiro de 2017 propõem a reorganização da Atenção Primária à Saúde, transformando os Centros de Saúde em Equipes de Saúde da Família. O presente trabalho objetiva estudar, a partir da fala de atores sociais e também por meio da mídia local escrita e redes sociais, como as Portarias foram compreendidas e significadas. A compreensão qualifica a prática do sanitarista para articular os saberes sociais e as normativas em um processo de implementação de políticas de saúde. O estudo qualitativo analisou documentos públicos, presentes nas mídias sociais, e entrevistou atores da Regional Leste de Saúde do DF, de quatro segmentos: gestoras de saúde, representante de usuários do sistema de saúde que compõem o Conselho de Saúde, Agente Comunitária de Saúde e usuárias. A perspectiva teórica que norteou o estudo foi o construcionismo social que possibilita apreender a dinâmica relacional entre os atores sociais. Evidenciou-se a predominância de reação institucional dissonante em relação às Portarias, o conhecimento mais aprofundado por parte das gestoras, o desconhecimento por parte das usuárias do SUS, com construções equivocadas sobre o instrumento normativo e a resistência explícita dos sindicatos e representantes de classe de profissionais da saúde. Evidenciou-se que a prática centralizadora e vertical que marcou a construção das Portarias, formalizou entre os atores sociais da saúde, a ideia que a proposta veio como um instrumento de indução política que submete os profissionais às normativas, sem promover um planejamento participativo. As maiores dificuldades para a reorganização da Atenção Primária, na Região Leste, decorrem dessa relação estabelecida, pois as resistências corporativas, dificuldade de adaptação às novas formas de trabalho, o prazo de um ano para a transição e implantação, e a estrutura física insuficiente para acomodar as Equipes de Saúde da Família foram apontadas como componentes que podem dificultar ou inviabilizar a implementação.

Palavras-chaves: estratégia de saúde da família; atenção básica; política de saúde.

SUMMARY

The National Primary Care Policy defines the Family Health Strategy as the main way to consolidate Basic Health Care in Brazil. In Federal District, Directives 77 and 78 of the Federal Department of Health, published in February 2017, proposes the reorganization Of Primary Health Care, transforming the Health Centers into Family Health Teams. The present study aims to study, from the speech of social actors, through the local written media and social networks, as the Directives were understood. The understand qualify the practice of the sanitariat to articulate social and normative knowledge in a process of implementing health policies. The qualitative study interviews actors of the Regional Health East of the Federal District and analysis of public documents present in social media. The interviewees were of four segments: health managers, representative of users of the health system that make up The Health Council, Community Health Agent and users. The theoretical perspective that guided the study was the social constructionism that makes it possible to perceive, in the relational dynamics between actors. Was evidenced the predominance of dissonant institutional reaction in relation to the directives, the more detailed knowledge on the part of the managers, the ignorance on the part of the users of the SUS, with mistaken constructions on the normative instrument and the explicit resistance of the unions and representatives Of class of health professionals the ordinances and the proposed reorganization. It was evidenced that the centralizing and vertical practice that marked the construction of the concierge, formalized among the social actors of health, the idea that the proposal came as an instrument of political induction that subjects the professionals to the norms, without promoting a participatory planning. The greatest difficulties for the reorganization of Primary Care in the Eastern Region stem from this established relationship, since corporate resistance, difficulty in adapting to new forms of work, one year for the transition and implantation, and the physical structure Insufficient to accommodate the Family Health Teams were pointed out as components that may hinder or prevent implementation.

Keywords: family health strategy; Primary care; Health policy.

LISTA DE SIGLAS

ABS: Atenção Básica à Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

DF: Distrito Federal

DIRAPS: Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde do Paranoá

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HRPa: Hospital Regional do Paranoá

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PSF: Programa Saúde da Família

SES: Secretaria de Estado de Saúde

RA: Região Administrativa

SUS: Sistema Único de Saúde

COREN: Conselho Regional de Enfermagem

CRM: Conselho Regional de Medicina

CSDF: Conselho de Saúde do Distrito Federal

UBS: Unidade Básica de Saúde.

RAS: Rede de Atenção à Saúde

ESB: Equipe de Saúde Bucal

eSF: Equipe de Saúde da Família

eSF/Rural: Equipe de Saúde da Família Rural

ECR: Equipe de Consultório na Rua

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

EMAD: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP: Equipes Multiprofissionais de Apoio

CERPIS: Centros de Referência de Práticas Integrativas em Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Os ciclos da saúde pública no Brasil

Figura 2: Superintendências e regiões de saúde - SES/DF

Figura 3: Proporção de cobertura populacional por eSF no DF por ano

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. ATENÇÃO BÁSICA E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	13
1.2. A ATUAL ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SES/DF	18
1.3. O ATUAL MODELO DE ORGANIZAÇÃO DA APS NO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL.....	20
2. JUSTIFICATIVA	22
2.1. OBJETIVO GERAL	23
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3. METODOLOGIA.....	24
4. HISTÓRICO DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL.....	26
5. AS PORTARIAS 77 E 78/2017 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES/DF) E LEGISLAÇÃO CORRELATA.....	28
6. ANÁLISE DOS RESULTADOS	31
6.1. AS PORTARIAS DA SES/DF NA MÍDIA LOCAL E A RECUSA DA CONVERSÃO DO MODELO DE APS.....	31
6.2. REAÇÃO INSTITUCIONAL E NEO-INSTITUCIONALISMO	33
6.3. O PROCESSO DE TRANSIÇÃO	35
7. DISCUSSÃO	48
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
APÊNDICE - A. SITES CONSULTADOS E TRECHOS DAS FALAS	59
APÊNDICE - B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	62
APÊNDICE - C. ROTEIRO DAS ENTREVISTAS.....	63

1. INTRODUÇÃO

1.1. ATENÇÃO BÁSICA E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) a principal forma para consolidação e reorganização da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Isto porque já se verificou nos estados brasileiros a necessidade de adequação das suas normas deste nível de atenção (BRASIL, 2012).

O perfil de adoecimento da atualidade, marcado pela redução das doenças infecciosas e parasitárias e o aumento da frequência das doenças crônicas degenerativas além das mortes por causas externas, como homicídios e suicídios (PEREIRA, 2008, p. 167), tem exigido dos sistemas e serviços de saúde repostas adequadas com tecnologias e recursos apropriados para dar conta dos desafios.

Uma atenção primária à saúde (APS) constitui espaço estruturante para enfrentar o desafio. No cenário brasileiro, a ESF configura importante instrumento tanto para a gestão quanto para a resolubilidade dos serviços. Isto porque a Atenção Básica (AB) como porta de acesso ao SUS teve significativa melhoria a partir da implementação da Saúde da Família (CONASS, 2007 p. 41). Quanto à resolubilidade Fausto *et al* constataram que 73% das pessoas atendidas pelas equipes de saúde da família (EqSF) consideram que suas necessidades são resolvidas na unidade de referência da equipe (2004, p. 21). Também pode ser verificada a importância da ESF na seguinte nota: "No plano nacional, o PSF, competindo com mais de 140 políticas públicas, ficou em 1º lugar no 15º Concurso de Inovações da Gestão Pública Federal" (MENDES, 2015, p. 40). Importa destacar a reformulação do Programa Saúde da Família (PSF) para a ESF conforme pode ser verificado:

Consolidar a ESF significará construí-la, verdadeiramente, a partir das evidências produzidas internacionalmente e no Brasil, como a política da APS no SUS, fundada no seu papel de estratégia de organização do sistema público de saúde brasileiro e como centro de comunicação das RAS. Além disso, implicará a instituição de uma nova agenda para a APS que estará centrada na superação dos problemas que determinaram as limitações do PSF e levaram ao esgotamento do ciclo da atenção básica à saúde (MENDES, 2015, p. 42).

Ao longo da história os ciclos e modelos de atenção básica à saúde (ABS) no Brasil, seja por meio da atenção ofertada nas unidades básicas de saúde, seja por meio do Programa Saúde da Família (PSF) demonstram suas potencialidades até atingirem ponto de esgotamento.

Ainda de acordo com Mendes o país já experimentou sete ciclos de ABS que foram se exaurindo ao longo do tempo. Isto requer dos sistemas de saúde adequações capazes de fazer frente à realidade contemporânea. Para o autor "[...] é hora da superação do ciclo da atenção básica à saúde, instaurando-se um oitavo ciclo (Figura 1) de evolução da APS no SUS, o ciclo da atenção primária à saúde" (MENDES, 2015, p. 30).

Figura 1 Os ciclos da saúde pública no Brasil

Ciclo	Contexto
Primeiro	Anos 1924, com os Centros de Saúde criados na USP; provavelmente, esses centros sofreram alguma influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido.
Segundo	Anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde.
Terceiro	O terceiro ciclo, instituído a partir da metade dos anos 60, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original sespiano, o que implicava focalizar suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade.
Quarto	Anos 70, é contemporâneo da emergência, na cena internacional, da proposta de APS que seria referendada pela Conferência de Alma Ata em 1978. Esse ciclo começou a se desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura. Iniciados como experiências-piloto em universidades, confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979.
Quinto	Anos 80, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram, para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do INAMPS.
Sexto	A instituição do SUS levou a um sexto ciclo que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados que passaram à gestão dos municípios, o que gerou uma enorme expansão dos cuidados primários.
Sétimo	A implantação do PSF significou o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira.

Fonte: Mendes (2015, p. 30).

Sendo assim se faz necessária a reformulação paradigmática de modo a adequar a capacidade de resposta do SUS para as reais necessidades de saúde da população, pois:

o modelo de gestão que se pratica no SUS – o modelo da gestão da oferta –, é incompatível com a geração de valor para as pessoas usuárias porque tem seu foco na oferta de serviços e não nas necessidades da população usuária. (MENDES, 2015, p. 16).

A atenção primária difere da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade em longo prazo (atenção terciária) por várias características. A atenção primária lida com os problemas mais comuns, mais prevalentes e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos (STARFIELD, 2002, p. 29).

Ainda de acordo com Starfield (2002) fica evidente que os problemas que se apresentam na AB são de alta complexidade exigindo ações, igualmente complexas para a busca de soluções. Isto envolve o emprego de elementos teóricos e práticos por meio de estratégias potentes o suficiente para promover resultados. Eles devem ser efetivos no campo de prática onde as ações e serviços de saúde acontecem. No âmbito do DF a implantação da ESF constitui importante arranjo organizacional para tais abordagens.

Neste nível de atenção os usuários têm a possibilidade de acessar os cuidados que coadunam com suas reais necessidades. Uma vez a APS funcionando de modo estruturado e efetivo obtêm-se ganhos para profissionais e usuários. Isto porque a AP permite, por exemplo, empregar a prática da clínica ampliada e compartilhada dentre outros recursos que em outros níveis de atenção poderão ter seu emprego limitado. Para Campos (2014) tal abordagem clínica "baseia-se na escuta e reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre os sentidos daquilo que estão vivendo". Isto considerando que os usuários acessarão os serviços que se dão de forma longitudinal. Tem-se o acesso às ações preventivas já que a relação entre os atores não ocorre de forma pontual e rápida co-

mo acontece nos atendimentos baseados em queixa conduta e livre demanda.

Vanderlei e Almeida (2005) apresentam elementos que ratificam a importância da ESF como instrumento de consolidação do SUS quando afirma que:

Uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país, possibilitando efetivamente que sejam colocados em prática os princípios que norteiam o SUS como: integralidade da assistência, universalidade, equidade, participação e controle social, intersetorialidade, resolutividade, saúde como direito e humanização do atendimento (p. 444).

A possibilidade de atendimento de acordo com as reais necessidades e especificidades de cada pessoa de forma próxima torna-se viável tanto física, por meio do contato entre profissionais e usuários e o acesso às instalações e tecnologias, quanto emocional, considerando que uma EqSF permite a construção de vínculos e relações de confiança entre as pessoas que usam os serviços e os profissionais que as compõem equipes.

Esta proximidade pessoal aumenta as possibilidades de construção de projetos terapêuticos singulares tendo em vista a constância e regularidade das relações estabelecidas. Para Oliveira (2003) "o Projeto Terapêutico Singular é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de um Sujeito Singular, individual ou coletivo, em situação de vulnerabilidade" e isto corrobora a argumentação de Starfield (2002) já que para a autora a APS "lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares".

As argumentações ora apresentadas vão ao encontro do que preconiza a PNAB:

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012, p.53).

As evidências da resolubilidade da ESF, verificada em indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil, pode ser corroborada na literatura científica que analisam a estratégia. Porém, no DF, até o ano de 2016, não se verificou a implantação da ESF em todas as áreas. Malta et al (2015) ao discutirem a cobertura de saúde da família por Unidade da Federação verificaram que a menor cobertura era a do DF cujo percentual apresentado no estudo, foi de apenas 14,3%.

Posto isto, a realidade da APS no Brasil e no DF nos instiga a refletir, no campo da saúde coletiva, sobre o processo de mudança do atual modelo de APS em curso no DF. Considerar suas propostas de efetivar as etapas de construção do processo, de aperfeiçoamento profissional dos trabalhadores para que sejam desenvolvidas as competências necessárias aos trabalhos dentro de uma EqSF. Obviamente, toda mudança carrega desconfortos e resistências, porém se a proposta é uma nova e comprometida produção do cuidado, as transformações estruturais, processuais e metodológicas são imprescindíveis.

Portanto, em consonância com Mendes (2015), Starfield (2002) e Vanderlei (2005) é possível inferir que a ESF tem potência para cooperar com o objetivo de efetivar o SUS como política de Estado de saúde e suas demais políticas, a exemplo da PNAB.

Os novos rumos da APS no DF: reestruturação para qualificar o acesso

O movimento de mudança mais recente que se iniciou no DF para transformação da APS ocorreu em quatro de outubro de 2016, quando o Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) publicou a Resolução nº 465 que, dentre outras disposições, determina que a ESF seja considerada a estratégia prioritária a ser adotada pela SES/DF reconfigurando o modelo de assistência à saúde pública. O texto normativo busca garantir maior resolubilidade com a devida qualificação e reestruturação das equipes que comporão a ESF.

Conforme o documento pretende-se adotar gradativo processo de transição das unidades básicas que atuam no modelo tradicional de atenção à saúde para o modelo proposto. O prazo para a conclusão do processo é de um ano. Para o

acompanhamento e monitoramento do processo transitivo a resolução instituiu comissão no âmbito do CSDF composta, de modo paritário, por quatro usuários, dois trabalhadores, dois gestores e seus respectivos suplentes, além de convidados a critério da comissão (DISTRITO FEDERAL, 2016).

Assim sendo a Portaria 77 passou a reger a política de atenção primária à saúde no DF (APS/DF), política está fundamentada na ESF. Em seu artigo 51 trata da composição de equipes de transição que atuarão durante o processo de mudança. Por sua vez a Portaria 78 regulamenta o referido artigo determinando o processo de conversão da APS/DF ao modelo da ESF e definindo parâmetros e critérios a serem atendidos.

O presente trabalho tem como objetivo estudar, a partir da fala de atores sociais, como profissionais da saúde, conselheiros de saúde e usuários do SUS e também através da mídia local escrita - jornais e redes sociais, como as Portarias foram compreendidas e significadas. A pertinência deste estudo no campo da saúde coletiva se dá para as diversas áreas de atuação do sanitarista, como na atenção básica, no planejamento e no diálogo sobre as necessidades sociais, uma vez que busca compreender como as duas Portarias são elaboradas, compreendidas e ressignificadas nos espaços sociais.

Compreender como as dissonâncias e consonâncias são explicitadas pelos atores sociais e a mídia qualifica a prática do sanitarista para identificar e articular os saberes sociais e as normativas em um processo de implementação de políticas e programas de saúde.

1.2. A ATUAL ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SES/DF

A SES/DF está organizada por meio de sete superintendências. Cada uma delas abrange uma Região de Saúde (RS), uma Região, por sua vez, é composta por um grupo de Regiões Administrativas (RA), denominadas cidades satélites, além de bairros, conforme pode ser verificado na Figura 2.

Figura 2 - Superintendências e regiões de saúde - SES/DF

	Região de Saúde	Cidades satélites e/ou bairros abarcado
SUPERINTENDÊNCIAS	Centro-Nortel	Asa Norte, Cruzeiro e Lago Norte.
	Centro-Sul	Asa Sul, Guará, Lago Sul, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II e ParkWay.
	Norte	Planaltina, Sobradinho, Mestre D`Armas e Arapoanga.
	Sul	Gama e Santa Maria.
	Leste	Paranoá, São Sebastião, Jardim Botânico e Itapoã.
	Oeste	Ceilândia e Brazlândia.
	Sudoeste	Taguatinga, Samambaia e Recanto das Emas.

Distrito Federal 2017

Para a SES/DF sua atual estrutura organizacional e operacional viabiliza a:

"... organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde. É função da Secretaria de Saúde dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida aos moradores do Distrito Federal" (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Como pode ser verificado a atual estrutura organizacional e operacional da saúde pública no DF está organizada para atender todas as regiões do DF em todos os níveis de atenção à saúde. Evidentemente a estrutura pode ser utilizada para viabilizar as condições estruturais, processuais de recursos e insumos necessários. Isto empregando as tecnologias necessárias e em quantidade suficiente nos locais onde elas são necessárias a um custo viável, com recursos humanos capacitados, valorizados e devidamente remunerados.

Mas, no cenário de prática, onde as ações e serviços são efetivados, ou seja, nos territórios e nas unidades de saúde, é que são verificadas as deficiências do sistema.

Diante desse quadro, os usuários recorrem aos prontos-socorros dos hospitais regionais usando-os como a porta de entrada do Sistema. Mas, ainda que utilizados por significativa parcela da população trata-se de um uso inadequado já que estas são portas mais apropriadas para atender situações de emergência. A longi-

tudinalidade e a coordenação do cuidado, que devem ser efetivadas na APS, não acontecem neste tipo de atendimento (CONASS, 2007, p. 41).

De acordo com a SES/DF:

“... É função da Secretaria de Saúde dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida aos moradores do Distrito Federal” (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Apesar do que é dito pela SES/DF, o que se verifica são ações e serviços ofertados pelo Sistema ineficazes para dar respostas adequadas e em tempo oportuno para as demandas de saúde a população. Esta situação pode ser verificada com os indicadores da atenção básica como o baixo percentual de cobertura por parte da ESF que, de acordo com Malta et al (2015) no DF é de apenas 14,3% (p. 330).

1.3. O ATUAL MODELO DE ORGANIZAÇÃO DA APS NO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Os dois principais objetivos de um sistema/modelo de atenção à saúde podem ser considerados, resumidamente, a partir de duas perspectivas. Uma consiste na busca de melhorias das condições de saúde da população por meio dos recursos humanos, materiais e tecnológicos somados ao conhecimento científico adequado às necessidades das populações. A outra, na mitigação ou eliminação das iniquidades em saúde de forma a assegurar a grupos mais vulneráveis da população o direito constitucional à saúde (STARFIELD, 2002, p.19).

Göttems *et al* (2009), em um retrospecto histórico do modelo de APS no DF, apresenta importantes contribuições para a compreensão da estrutura do modelo de atenção à saúde no DF. O período considerado pelos autores contempla a década de 1960 até 2007. Inicialmente havia no país uma busca por novas tecnologias e uma continuada especialização da profissão médica. De acordo com os autores o contexto de então adotava uma abordagem curativa, focada no indivíduo. Desde então diversas iniciativas e dispositivos legais foram adotadas na busca da

reorganização do Sistema no DF.

Ainda segundo aqueles autores, apesar dos esforços, nos dias atuais o funcionamento do Sistema é referenciado por dois principais planos de saúde do período estudado. O primeiro, o Bandeira de Mello, da década de 60 propôs uma estrutura de gestão nomeada de Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), vinculada à SES/DF. Pretendia atender um público de 500 mil pessoas, em centros de saúde e hospitais distribuídos por populações específicas. Tinha uma lógica orientada pela eficiência econômica.

Contrariando a proposta, ao término da década de 70 a proporção de atendimentos realizado em pronto socorro chegou a 70%. O segundo plano, o Jofran Frejat, influenciado pelas diretrizes da Conferência de Alma Ata (1978) baseava-se na estratégia do cuidado primário realizado nas unidades rurais de saúde e nos centro de saúde. Previu construção de hospitais regionais além de outras ações. Apesar das inovações houve formação inadequada de pessoal para atender aquela nova configuração gerando um efeito “rebote”. Com este efeito as unidades de saúde foram esvaziadas pelos usuários e profissionais e a demanda espontânea voltou buscar as emergências dos hospitais (GÖTTEMS et al, 2009, p.1412).

Apesar deste longo processo histórico de mudanças, o modelo de atenção à saúde no DF ainda tem suas ações e serviços de saúde voltados, prioritariamente, para o atendimento de eventos agudos decorrentes de condições crônicas. Existe uma grande dependência do profissional médico além de serem praticados dois modelos de AB. Aquele efetivado nas unidades básicas tradicionais (UBT) e o praticado nas unidades que atuam nos moldes da Saúde da Família. As ações e serviços ofertados nas UBT repercute o modelo médico hegemônico (ARAÚJO et al, 2015, p. 389). Estas condições comprometem a efetividade do modelo na dimensão da saúde coletiva.

De acordo com o CONASS:

A consolidação dessa estratégia, entretanto, precisa de processos que envolvam gestores, equipes técnicas e profissionais de saúde. Para firmá-la é necessária a aquisição constante de conhecimento técnico-científico; a substituição da visão curativa pela visão prognóstica (no sentido da prevenção e promoção da saúde individual e coletiva) e a capacidade de produzir resultados positivos que impactem sobre os principais indicadores de saúde e de qualidade de vida da população (2011, p. 7).

Em consequência disto, mas não exclusivamente, tem-se uma demanda que supera a capacidade do sistema em oferecer respostas adequadas. Essas respostas deveriam ser em tempo oportuno com o emprego das tecnologias necessárias e em local próximo à moradia dos usuários. Do contrário as pessoas têm sua dor e sofrimento prolongados com aborrecimentos para a população e para os profissionais de saúde.

No ano de 2016 a estrutura de gestão da SES/DF passou a ser dividida em sete superintendências regionais de saúde. Cada uma delas contemplando cidades e bairros, mas, a cobertura da ESF ainda é insuficiente em todas as regionais. Em contraposição a esta realidade existe a confiança de que a ESF tem potencial para auxiliar na estruturação do sistema de maneira articulada e organizada.

Entretanto, a plena implantação da estratégia sofre prejuízos causados por diversas limitações de operacionalização. Uma dessas limitações é ausência de uma política pública capaz de garantir sua plena efetivação. Para a mudança do modelo é necessário compromisso ético e político dos atores interessados - gestores, trabalhadores e usuários. No DF a estratégia atua de maneira frágil considerando a ausência de investimento e uma política para a mudança do paradigma de atenção à saúde que se pereniza no curso da história do DF.

2. JUSTIFICATIVA

O SUS já comprovou sua relevância como política de saúde, sendo inclusive alvo de observações e elogios internacionais, apesar disso concretizá-lo plenamente é um enorme desafio. A ESF constitui relevante meio para enfrentar o desafio de consolidar o Sistema. Assim sendo a SES/DF, em consonância com a PNAB, por

meio das Portarias 77 e 78 publicadas em fevereiro de 2017, determina que a ESF seja implantada como modelo de APS a ser adotado em todo o DF.

Apesar da importância da Estratégia para a APS verificou-se nos dias subsequentes à publicação das Portarias, por meio de consulta a sites de categorias de profissionais de saúde do DF, uma reação institucional dissonante diante dos normativos. Deste modo o presente trabalho se justifica como instrumento de análise do processo de transição para a ESF e seus desdobramentos.

A atenção primária à saúde no DF encontra-se funcionando de maneira concorrente, com algumas cidades sendo atendidas pelas EqSF, em parte delas apenas parcialmente, e outras sendo atendidas no modelo tradicional nas UBS. Normalmente estas UBS atendem a uma demanda espontânea e consultas agendadas que, não raramente, são restritas a um grupo de pessoas tendo em vista o controle feito por meio de distribuição de senhas. Neste contexto, fica claro que a forma como o sistema está organizado acaba por excluir usuários.

2.1. OBJETIVO GERAL

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar a proposta de reorganização da atenção básica com a implantação da ESF no Distrito Federal, por meio das Portarias 77 e 78 da SSES/DF, a partir do posicionamento dos atores sociais envolvidos, na Regional Leste de Saúde do DF.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discutir as Portarias 77 e 78/2017 da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)
- Analisar a partir da fala de atores sociais, como profissionais da saúde (Agente Comunitário de Saúde de Gestoras), conselheiros de saúde e usuários do SUS e também através da mídia local escrita - jornais e mídias digitais, como as Portarias foram compreendidas e significadas.

3. METODOLOGIA

Esse estudo tem por finalidade realizar uma pesquisa qualitativa, uma vez que utilizará conhecimento da pesquisa básica. Para um melhor tratamento dos objetivos e melhor apreciação desta pesquisa, observou-se que ela é classificada como pesquisa exploratória. Gil apresenta a definição deste tipo de pesquisa da seguinte forma (2002):

Estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (p. 41).

As etapas metodológicas foram divididas em: pesquisa bibliográfica sobre os temas em estudo, análise de diário de campo do pesquisador, análise da mídia local, escrita e redes sociais e entrevistas com atores sociais vinculados à SES DF, membros do Conselho de Saúde da Região Leste e usuários.

Quanto a esta modalidade de pesquisa Goldenberg (2004) faz a seguinte consideração:

Na pesquisa qualitativa a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajetória etc. (p. 14).

Com base nisso a pesquisa busca a compreensão das Portarias 77 e 78/2017 a partir das informações de atores sociais. A pergunta norteadora do estudo visa responder como as Portarias foram compreendidas e significadas por importantes atores sociais e mídia local. A Região foi escolhida por ser um campo de atuação da Universidade de Brasília, onde o autor da pesquisa realizou um dos estágios supervisionados curriculares do curso de Saúde Coletiva. Para a base teórica do estudo utilizou-se dados secundários, por meio da literatura a partir de plataforma de dados como Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO Brasil). Foram empregados os descritores “saúde no Distrito

Federal” “atenção básica à saúde no Distrito Federal” “atenção primária à saúde no Distrito Federal” além de “portarias 77 e 78 SESDF”.

Assumiu-se a impossibilidade de duplicação de esforço, no sentido de que fosse produzido trabalho semelhante a outro já realizado, haja vista que as Portarias foram publicadas em fevereiro do corrente ano e contemplam todo o DF. Considerando o ineditismo da abordagem, em termos de abrangência das Portarias, tendo em vista que apenas parte da atenção básica à saúde no DF funciona por meio da ESF.

A análise de material disponível na mídia local e internet teve como objetivo identificar os diferentes sentidos atribuídos às Portarias por atores sociais envolvidos no processo. Considerando o conteúdo da referida Resolução, foram realizadas consultas na internet a fim de verificar o posicionamento institucional de categorias de profissionais de saúde do DF, relativos às Portarias. Os sites consultados foram do sindicato dos auxiliares e técnicos de enfermagem, dos médicos, dos enfermeiros, dos odontologistas, do SindSaúde, do Conselho Regional de Medicina (CRM), além do site Política Distrital. A análise das reações foi realizada entre os meses de março e abril de 2017 adotando-se uma perspectiva construcionista.

Segundo Spink (2003), sob a perspectiva construcionista a “ciência nada mais é de que um outro processo social” (p.29). Tal perspectiva servirá para análise do cenário nos quais ocorrem os movimentos onde os indivíduos apresentam, elucidam ou percebem o mundo no qual existem e do qual fazem parte (GERGEN, 1985, p. 266 apud SPINK et al, 2014, p. 186).

As entrevistas foram realizadas com atores da Região de Saúde Leste (RLS), que abrange as cidades satélites do Paranoá, Itapoã, São Sebastião - regiões periféricas do DF -, e o bairro Jardim Botânico sendo este último localidade em que os moradores possuem alto poder aquisitivo. As entrevistas foram realizadas após a leitura do TCLE e anuência dos entrevistados e os dados foram coletados em meio magnético.

A Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Paranoá - PDAD/2011 contabilizou uma população de 39.630 no ano de 2004 e 46.527 no ano de 2011(DISTRITO FEDERAL, 2011). No ano de 2002 foi inaugurado o HRPa, no entanto não houve adequação da estrutura da APS para atender a população. Os usuários acabam por buscar no hospital os serviços que deveriam estar disponíveis em uma APS estruturada e dimensionada para tal.

A cidade dispõe de um Centro de Saúde (CS) que atendia população no ano de 2004 e continua com o mesmo CS atendendo a população atual. São contempladas quase todas as quadras do Paranoá, exceto a 18 que é atendida por EqSF. A área de abrangência daquele CS inclui as localidades do Capão da Onça, Sobradinho dos Melos, Capão da Erva, Boqueirão e Altiplano Leste.

A análise do diário de campo, gerado pela inserção do pesquisador no campo de formação e em eventos como o seminário realizado em 29 de fevereiro pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde do Distrito Federal (CEBES/DF). O evento, intitulado “Qual a atenção básica de saúde queremos no DF” aconteceu na Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB). Na ocasião foram discutidos os modelos existentes, a situação atual e as propostas de mudança do Governo (CEBES, 2017). Além desse seminário houve participação na conferência¹ regional de Saúde das Mulheres no DF, edição Região Leste, realizada dia 27 de maio no Hospital Regional do Paranoá (HRPa).

4. HISTÓRICO DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Desde a década de 1960 até 2007 diversas iniciativas foram adotadas para organizar o sistema de saúde no DF (GÖTTEMS et al, 2009, p.1412). Apesar dos esforços, ainda nos dias atuais seu funcionamento é referenciado por dois principais planos de saúde, o Bandeira de Mello da década de 60 e o Jofran Frejat (os

¹ Trata-se de uma série de sete encontros realizados em todas as regiões de saúde do DF com a finalidade de eleger propostas a serem apresentadas na Conferência Distrital de Saúde e, posteriormente, no evento nacional. A Conferência Distrital foi agendada para os dias 30 de junho e 1º de julho de 2017. O evento é convocado pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde das Mulheres (DISTRITO FEDERAL, 2017)

dois planos estão descritos na página 21).

No ano de 2016 a estrutura de gestão da SES/DF passou a ser dividida em sete superintendências regionais de saúde. Cada uma delas contemplando cidades e bairros, sendo a cobertura da ESF insuficiente em todas as regionais. O portal eletrônico do Departamento de Atenção Básica (DAB) mostra a cobertura populacional por EqSF em todo o Brasil. Para verificar a realidade do DF consultou-se o portal aplicando alguns filtros próprios do site. As opções foram “Competências por Unidade Geográfica” que emite relatório de uma única unidade geográfica apresentando dados de competências e campos selecionados. Em seguida, na opção “Unidade Geográfica”, optou-se por “Estado” selecionando o DF como unidade da federação. No menu “período” foi selecionado os anos de janeiro de 2007 a dezembro de 2016 obtendo uma série histórica de dez anos. No menu “Campos a serem exibidos no relatório” foram marcadas as opções “População”, “Estimativa da População coberta por ACS” e “Número de eSF implantadas”. O portal gerou relatório cujos dados foram compilados e apresentados de modo simplificado na Figura 3. Foi considerado o mês de dezembro de cada ano

Figura 3. Proporção de cobertura populacional por eSF no DF por ano

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde	Equipe de Saúde da Família
			Estimativa da População coberta	Implantados
2007	12	2.384.998	334.075	33
2008	12	2.384.998	324.300	39
2009	12	2.558.372	421.475	92
2010	12	2.608.099	547.975	120
2011	12	2.570.160	570.975	110
2012	12	2.609.998	488.175	133
2013	12	2.648.532	550.850	154
2014	12	2.648.532	577.875	242
2015	12	2.648.532	566.950	246
2016	12	2.648.532	548.550	247

Fonte: MS/DAS/DAB e IBGE. 2017

Os dados apresentados na Figura revelam um movimento crescente na im-

plantação das EqSF, porém parece ainda ser insuficiente considerando a dimensão populacional atual do DF. Além disso, os espaços e condições de trabalho das eSF são precários (isto foi verificada na imersão do pesquisador nos estágios realizados em unidades de saúde) e sem apoio de especialidades médicas.

Em contraposição a esta realidade existe a confiança de que a ESF tem potencial para auxiliar na estruturação do sistema de maneira articulada e organizada. Entretanto, a plena implantação da estratégia sofre prejuízos causados por diversas limitações de operacionalização. Para a mudança do modelo é necessário compromisso ético e político dos atores interessados - gestores, trabalhadores e usuários. No DF a estratégia atua de maneira frágil considerando a ausência de investimento e uma política para a mudança do paradigma de atenção. No entanto os trabalhadores não enxergam de forma clara estas carências. Para eles a questão mais relacionada à conscientização a respeito da Estratégia junto aos trabalhadores e usuários que às questões estruturais (SHIMIZU & REIS, 2010, p 3464 e 3465).

Assim sendo, é importante compreender que, conforme pode ser verificada em ampla literatura acerca do tema APS, a reestruturação da APS no DF com a implantação da ESF, representa importante possibilidade de melhoria e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde. Nesse sentido, é possível afirmar que a atual estrutura organizacional da SES/DF está composta como um misto do que foi apresentado por Mendes no sétimo ciclo de atenção à saúde (MENDES, 2015, p.30) - ver Figura 1 na página 14 deste estudo -, e o que ele apresenta no oitavo ciclo (o atual). Neste ciclo a ESF seria o modelo mais adequado para fazer frente às atuais e crescentes demandas no país, e no DF, seria o modelo (re) estruturante considerando o que define a PNAB e as Portarias em análise.

5. AS PORTARIAS 77 E 78/2017 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES/DF) E LEGISLAÇÃO CORRELATA

De acordo com PNAB, a Atenção Básica, ou Atenção Primária, no Brasil se dá de maneira descentralizada de modo que possa se desenvolver e chegar até as

peçoas. Deve ocorrer nas proximidades onde elas vivem sendo o espaço prioritário para efetivar o contato entre usuários e os serviços de saúde e os serviços e níveis de atenção que compõem toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ela deverá ser universal, acessível, assegurar o vínculo entre profissionais, usuários e demais atores envolvidos, primando pela continuidade do cuidado integral da atenção, ser responsável e humana promovendo a equidade e a participação da sociedade (BRASIL, 2012).

Com base na PNAB a SES/DF estabeleceu a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal por meio das Portarias 77 E 78/2017 (DISTRITO FEDERAL, 2017, p. 4-8). As Portarias buscam reestruturar a atenção básica à saúde no DF por meio de uma série de critérios a serem atendidos pelas regionais de saúde, os estabelecimentos e seus profissionais. Busca-se assegurar as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e a efetividade dos serviços necessários.

De acordo com o artigo segundo da Portaria 77:

"A Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, fundamentada na Estratégia Saúde da Família (ESF), passa a ser regida por esta Portaria. Art. 2º A Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada atenção básica à saúde, é o conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância à saúde, desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias realizadas em equipe e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade".

No que se refere à definição dos termos ABS e APS Mendes (2015) apresenta e enfatiza o conceito de APS como reformulação do conceito de ABS, não meramente por uma questão etimológica, mas por uma questão prática. Para o autor a proposta surge como um novo modo de estruturar a APS para a organização do SUS. É primária por fazer referência à sua gênese, aquela que acontece no instante em que se as pessoas buscam o sistema de atenção à saúde para terem suas necessidades atendidas. Para ele o adjetivo "básica" não expressa o adjetivo essencial da APS além de manter distância da nomenclatura usada mundialmente (p. 41).

Como pôde ser verificado no artigo segundo da Portaria 77, a nova configuração para efetivar a APS, de maneira plena, efetiva e resolutiva, deverá ser dotada em todo o DF. Obviamente não será um processo simples tendo em vista que questões complexas requerem respostas igualmente complexas.

Quanto à organização administrativa, o artigo sexto da Portaria elenca as modalidades de serviço, as equipes e a forma como será organizada a APS no DF. Serão implantadas as seguintes equipes: Equipe de Saúde da Família (EqSF), Equipe de Saúde Bucal (eSB), Equipe de Saúde da Família Rural (eSF/Rural), Equipe de Consultório na Rua (eCR), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipes de Saúde de Atenção Domiciliar com composição variável, conforme definição do Ministério da Saúde, Equipe de Saúde do Sistema Prisional, Equipe do Sistema Socioeducativo em parceria com a Secretaria de Estado de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude, Equipe de Saúde dos Centros de Referência de Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS) e por último a Equipe do Programa Academia da Saúde.

O último artigo da Portaria 77, o de número 51, define que ao longo do processo de conversão e adaptação de outros modelos de Atenção Primária adotados no Distrito Federal poderão ser constituídas equipes de transição, com composição diversa das previstas no artigo sexto (citadas no parágrafo anterior). Estas equipes poderão funcionar por até um ano e observando os princípios e diretrizes da APS e da ESF.

Por sua vez a Portaria 78 regulamenta o artigo 51 da Portaria nº 77 e disciplina o processo de conversão da APS no DF ao modelo da ESF. A Portaria 77, que no momento de elaboração do presente trabalho, encontra-se em processo de implantação gerou reações e tensões, por parte de categorias de profissionais de saúde quando foi publicada. Cita-se, como exemplo a seguinte fala extraída do endereço eletrônico do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Distrito Federal (SindSaúde): "Portaria de cima para baixo não vai acontecer. Aqui tem gente para botar o pé na porta e dizer: no meu salário você não mexe, Rollemberg". Algumas reações de categorias de profissionais de saúde serão apresenta-

das e discutidas no capítulo seis.

Ainda de acordo com as Portarias "A Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, está fundamentada na Estratégia Saúde da Família (ESF)..." (2017, p. 04). Nesse sentido, as Portarias ambicionam a reformulação do modelo de AP que atualmente funciona com EqSF concomitantemente com o modelo tradicional que oferta os serviços nas UBS.

Logo, é importante compreender que se trata de uma importante e audaciosa proposta tendo em vista que já existe vasta literatura evidenciando que o modelo tradicional de ABS já não dá conta das atuais demandas marcadas pela maior frequência – incidência e prevalência -, de doenças crônicas e pela diminuição das doenças infecciosas agudas (PEREIRA, 2008, p. 167).

Nesse sentido, far-se-á um breve retrospecto temporal para compreensão das fases de atenção primária à saúde vividas no Brasil. Conforme Mendes, o primeiro ciclo teve início nas décadas iniciais do século XX. Já se passaram sete ciclos, que mostraram sua importância, mas se esgotaram tendo em vista as mudanças demográficas e epidemiológicas ao longo do século passado e as novas configurações sociais da atualidade. Ainda de acordo com Mendes Atualmente entramos em uma oitava fase de atenção à saúde conforme apresentado anteriormente (ver Figura 1, página 14).

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1. AS PORTARIAS DA SES/DF NA MÍDIA LOCAL E A RECUSA DA CONVERSÃO DO MODELO DE APS

Após a publicação das Portarias algumas categorias de profissionais de saúde do DF começaram a manifestar suas opiniões a respeito dos normativos. Para compreender estes posicionamentos e os argumentos construídos, foram analisados sete sites: sindicato dos auxiliares e técnicos de enfermagem, dos médicos, dos enfermeiros, dos odontologistas, do SindSaúde, do Conselho Regional de Medicina (CRM), além de um site que discute a situação de saúde local, intitulado "Po-

lítica Distrital”.

A dissonância e o descontentamento estiveram presentes em todos os sites das categorias profissionais analisados, confluindo na defesa da manutenção dos direitos e benefícios trabalhistas, segundo trechos abaixo:

“Portaria de cima para baixo não vai acontecer. Aqui tem gente para botar o pé na porta e dizer: no meu salário você não mexe, Goldemberg”.

"O desafio agora está com a Câmara em fazer a SES/DF reconhecer que não é destruindo o que já temos que vão implementar esse novo programa. As Portarias precisam ser rediscutidas para que não haja prejuízo para a população e para os servidores' (SindSaúde).

Em seu artigo oitavo a Portaria 78 prevê que durante o processo de conversão, os servidores de nível superior de equipes de transição receberão a capacitação para o desenvolvimento das atividades da ESF. Após a capacitação, os servidores serão submetidos à avaliação de aproveitamento conforme critérios da Gerência de Educação em Saúde da SUGEP ou pela FEPECS. Quanto à avaliação a o Conselho Federal de Medicina (CFM) se posicionou destacando em nota oficial que o item previsto naquele normativo infringe veto contemplado em resolução própria do Conselho cuja redação determina que fica vedado ao médico “Anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina” (CFM, 2009). Em seu site foi publicada nota explicativa, em defesa de prerrogativas administrativas exclusivas daquele Conselho conforme pode ser verificado:

Nota de esclarecimento: Aos médicos e médicas sobre mudança de especialidades ou áreas de atuação da Portaria SES/DF nº 78 de 14/02/2017 [...] Contudo, a Portaria nº 78, da SES/DF estabelece no § 1º, do Art.11: “Art. 11. Após a realização da capacitação, os servidores da equipe de transição serão submetidos a avaliação do aproveitamento por critérios estabelecidos pela Gerência de Educação em Saúde da SUGEP ou pela FEPECS. [...]. O CRM-DF esclarece, ainda, aos gestores da SES/DF, a impropriedade na emissão de quaisquer documentos de identificação com indicação de especialidade que o portador não tenha registro neste Conselho. O médico que portar documento desta natureza estará incorrendo em ilícito ético, (Art.18, do Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 1931/2009). Desta forma, o ilícito ético também implicará o gestor médico que exigir obrigatoriedade da prática indevida (Art.56, do Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 1931/2009).

6.2. REAÇÃO INSTITUCIONAL E NEO-INSTITUCIONALISMO

Levando em conta o posicionamento das categorias, por meio das páginas eletrônicas de seus respectivos sindicatos ou entidade de classe, foi considerado o campo da ciência política para análise institucional. Para a ciência política a expressão neo-institucionalismo é empregado para classificar uma abordagem teórica contendo pelo menos três procedimentos de análise distintos surgidos a partir dos anos 1980.

Hall e Taylor (1996) classificam três escolas de pensamento: a escola do institucionalismo histórico, da escolha racional e do institucionalismo sociológico (p. 193). De acordo com os autores, o conceito de instituição definido pelos teóricos do institucionalismo histórico é dado como o conjunto de procedimentos, burocracia, regras e ajustes oficiais e oficiosas intrínsecos à estrutura das organizações, da comunidade política ou da economia política, expandindo-se de uma dada organização até os acordos que regem a conduta das representações sindicais ou as relações entre instituições (p.196).

Ainda segundo aqueles autores, por intermédio da instituição que as ações dos indivíduos são influenciadas na arena política e isto pode ser feito a partir de duas perspectivas, uma “calculadora” e outra “cultural”. Na perspectiva “calculadora” assume-se que as pessoas objetivam obter máximo rendimento a partir da avaliação das alternativas disponíveis de modo a escolher as que proporcionam maiores benefícios. Nesta perspectiva as instituições direcionam a conduta das pessoas ao gerar nelas expectativas Já na perspectiva “cultural” refere-se, de modo sintético, os assuntos recebem outra tratativa considerando que a conduta nunca é absolutamente estratégica, mas é parametrizada pela compreensão de mundo da própria pessoa (p. 197).

Para Pierson e Skocpol (2004), a história admite situações críticas onde são arranjadas as preferências políticas e institucionais principais para um determinado segmento. Havendo legitimação dos elementos que atuarão nos fóruns setoriais - neste caso nos espaços de negociação de implantação das Portarias em análise -, e a conformação de disposições institucionais, os posicionamentos adotados em tais períodos cooperarão para a manutenção do *status quo*. Caso não surja energia

em proporção necessária e suficiente para rompê-la o estado em que a situação se encontra, as possíveis escolhas tornar-se-ão limitadas em seus efeitos (apud GERSCHMAN & SANTOS 2006, p. 179).

Em decorrência da publicação das Portarias houve mobilizações de diversos atores envolvidos na estrutura organizacional da SES/DF, além de outros que não compõem aquela estrutura. No dia 29 de fevereiro o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde do Distrito Federal (CEBES/DF) realizou seminário na Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB) momento em que foi discutida qual atenção básica de saúde se quer para o DF (CEBES, 2017).

O evento contou com a presença de representantes da academia - docentes, discentes, diretores, estagiários dentre outros. Na ocasião encontravam-se representante da SES diretamente envolvido no processo de transição do atual modelo de ABS para o modelo integralmente estruturado na ESF. Foram discutidas as fragilidades da ABS no DF, a exemplo da prática adotada pelos usuários de, por vezes, utilizarem os prontos-socorros como porta de entrada do SUS.

O coordenador de Atenção Primária da Secretaria de Saúde demonstrou um posicionamento enfático e categórico. Segundo ele a transição é “um movimento firme, sustentável e definitivo de mudança do modelo de atenção primária à saúde no DF”². A verbalização do coordenador coaduna com a abordagem de Pierson e Skocpol (2004) para os quais “As opções assumidas nesses momentos tendem à permanência e, a menos que surja alguma força suficiente para superar essa inércia de origem, limitam opções posteriores” (apud GERSCHMAN & SANTOS 2006, p. 179).

Para a implementação e permanência das Portarias se faz necessário identificar os campo de embates políticos e ideológicos que se sucederão durante o processo de construção e consolidação ora instalados. Considerando os posicionamentos das corporações analisados acima, inicia-se um devir com importantes implicações.

² Anotações do diário de campo do pesquisador.

6.3. O PROCESSO DE TRANSIÇÃO

Durante o mês de maio foram realizadas entrevistas com grupo de atores diretamente implicados no processo de transição e reestruturação da atenção primária na Região Leste. Apesar de reconhecer a importância de um estudo amplo, que abarcasse todas as regiões de saúde do DF, devido ao tempo de dedicação a elaboração desta pesquisa, que compõe o requisito de um trabalho de conclusão de curso, foi decidido fazer um recorte analítico para aquela Região. Desta forma os dados apresentam uma leitura contextual de um delimitado território.

Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos utilizando como critério o envolvimento e a participação na gestão da saúde da RL e atuam em quatro segmentos. São eles: (1) Gestoras; (2) Representante de usuários do Conselho de Saúde; (3) Agente Comunitário de Saúde (ACS); (4) Usuárias. Participaram sete pessoas³ cujas falas foram transcritas de modo literal no presente estudo. Importa lembrar que apenas parte foi convertida em texto.

A produção do texto a partir das entrevistas foi realizada sob a perspectiva construcionista. De acordo com Aragaki *et al* (2014) o enfoque construcionista resulta da interação entre a pessoa que entrevista e a entrevistada. É desenvolvido em uma dinâmica relacional marcada pela personalidade dos atores. Pode ser compreendida como uma construção que produz sentidos influenciados por elementos presentes nos espaços da micropolítica onde se dão as relações sociais. Relações de poder de empatia ou de indiferença influenciarão os envolvidos (p. 71).

Durante as entrevistas verificou-se uma assimetria a partir das posições sociais, econômicas e de escolaridade dos envolvidos. Os sujeitos com maior índice de escolaridade e empoderados pelo seu capital cultural e econômico, apresentaram maior articulação ao discutir, do ponto de vista crítico reflexivo, as questões que foram convidados a responder. Os entrevistados com maior limitação em comparação aos extratos sociais mais favorecidos demonstrou uma fala “menos articu-

³ Os nomes de todas as pessoas que participaram das entrevistas, categorizadas nos quatro segmentos, foram substituídos por nomes fictícios. Deste modo, mesmo que naquela Região existam pessoas com tais nomes não foram tais pessoas que concederam as entrevistas.

lada”, o que pode evidenciar o acúmulo histórico de sucessivos impedimentos e limitações para o exercício político e social. As iniquidades como distâncias entre classes, raça e gênero marcam as vidas dos sujeitos. Impedimentos como o acesso à escolarização e aos bens e serviços necessários produzem sérias perdas na construção e no exercício da cidadania.

Considerando a perspectiva construcionista a análise está permeada por esses marcadores sociais que são evidenciados e correlacionados pelo olhar do pesquisador. Esse reconhecimento ratifica a afirmação que em pesquisas sociais não existe neutralidade de quem pesquisa. Tem-se sob tal perspectiva a coconstrução dos sentidos e estes estão mediados por poderes que nas escalas sociais irão marcar nossos lugares e sentidos de falas.

As entrevistas abertas foram norteadas pelas seguintes questões: Você tem conhecimento de como a Portaria foi elaborada? Você participou em algum momento? (em caso afirmativo) Quando? Onde? Quem convidou? Ademais foram utilizadas outras perguntas que auxiliaram a compreensão de como a entrevistada havia acompanhado o processo de elaboração e implementação. Vale destacar que, apesar do uso da ferramenta norteadora houve o cuidado em assegurar a liberdade a todas as respondentes. Buscou-se assim captar suas perspectivas a partir de suas vivências e experiências no setor saúde de modo a viabilizar um processo de coleta mais íntegro. A seguir serão apresentadas as entrevistadas detalhando como se deu a aproximação e escolha dos sujeitos para entrevistas.

1 - Gestoras de Saúde

Neste segmento foram entrevistadas três profissionais de saúde, todas com formação de nível superior e Pós-Graduação, que atuam no campo da Gestão da saúde. Duas entrevistadas foram abordadas em um curso de extensão ofertado pela UnB e voltados para gerentes da RLS. O pesquisador já tinha contato prévio com a primeira gerente, que doravante será chamada de Catarina. Após explicar o objeto de seu TCC, a convidou para realização da entrevista. O convite foi prontamente aceito momento em que foi apresentado o TCLE e coletada sua assinatura. A profissional relatou ao longo da entrevista sua experiência em gestão e participação em elaboração de políticas públicas de saúde no nível do governo federal e em ou-

tros estados do Brasil.

A segunda gerente, que recebeu o nome de Beatriz, também participou do curso e foi abordada no término do evento. Após esclarecimentos acerca da pesquisa, foi convidada a participar tendo aceitado conceder a entrevista.

O contato com a terceira gestora, Solange, que atua na atenção hospitalar, foi realizado durante a conferência regional de Saúde das Mulheres no DF, preparatória da RL em maio do corrente ano. O evento foi realizado no HRPa. Solange trouxe para o diálogo uma perspectiva ampla e sistêmica com importantes considerações referentes à APS estruturada a partir da ESF. Ademais a profissional apontou, de modo espontâneo, a relevância e a necessidade de uma RAS devidamente conectada e estruturada para o suporte às equipes que atuarão no modelo da ESF.

A organização da APS por meio das Portarias e o fortalecimento da PNAB

Uma série de experiências vividas e acumuladas por diversos atores envolvidos no campo da saúde no Brasil, com a participação da sociedade e agentes dos três níveis de governo, convergiu para a elaboração da PNAB. A Política define uma dinâmica operacional nos serviços de saúde cujas ações se darão de maneira descentralizada e executadas próximo da moradia das pessoas. Deve ser orientada pelos “princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012).

As Portarias, em consonância com a PNAB, apresentam conteúdo alinhado, pois prevê ações de saúde destinadas a pessoas e comunidades por meio do gerenciamento sanitários empregando equipes que atenderão grupos populacionais claramente definidos em seus respectivos territórios. Tais equipes assumirão a responsabilidade por uma população adstrita. Importa ressaltar que a APS constitui a principal, mas não a única, porta de entrada e de contato dos usuários com o sistema de saúde devendo funcionar de maneira responsiva e com resolubilidade (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Nota-se a conformidade da Portaria 77 com a PNAB. Este alinhamento entre os dois normativos é reconhecido na fala das três gerentes entrevistadas. Todas demonstraram conhecimento referente ao conteúdo estabelecido pela Portaria. Foi evidenciado que o conhecimento demonstrado é anterior à publicação das Portarias, isso possivelmente se dá devido ao tempo de trabalho de todas as entrevistadas no SUS e ao fato de conhecerem profundamente o conteúdo previsto na PNAB, que é o referencial normativo das Portarias em questão. Isso pode ser verificado na fala da Gestora Beatriz:

“... ali está o acolhimento... o acesso... qualidade... indicadores. É muito alinhado com a Política Nacional... tem chances de sucesso boa... se o que está escrito na Portaria for colocado em prática porque tem vários entraves [...] ou a gente faz isso ou o sistema entra em colapso...”.

Divergências e dissonâncias em circulação: a recusa das Portarias

Como citado anteriormente, as Portarias receberam muitas críticas e posições contrárias, que também foram abordadas nas entrevistas. Após serem indagadas pelo entrevistador sobre esses posicionamentos, as três gestoras foram unânimes em afirmar que tais reações ocorreram em função de posturas corporativistas de categorias profissionais. O intuito seria o da manutenção de prerrogativas e benefícios trabalhistas, a exemplo da Gratificação por Condições Especiais de Trabalho (GCET)⁴. Isto ratifica a perspectiva “calculadora” na arena política (ver página 33) onde se assume que as pessoas objetivam obter máximo rendimento a partir da avaliação das opções disponíveis optando por aquelas que proporcionam maiores benefícios. O trecho da conversa com Beatriz exemplifica esta perspectiva:

“[...] o monstro que foi criado na atenção primária que era pra ser o atrativo, que é o tal da Gratificação por Condições Especiais de Trabalho (GCET) virou um monstro porque você não consegue tirar a pessoa de lá [...] você não tira porque isso vira uma briga judicial [...] as pessoas são hostis, mas tudo se resume à questão salarial e benefícios...”.

⁴ A Gratificação foi criada pela Lei Nº 2.339, de 12 de abril de 1999 e instituída na Fundação Hospitalar do Distrito Federal para servidores com jornada de quarenta horas semanais. Concede vinte por cento sobre a remuneração inicial das respectivas carreiras destinada aos servidores com jornada de trabalho de quarenta horas semanais, prestadas exclusivamente nos Centros e Postos de Saúde nas Regionais onde exista o Programa Saúde da Família (BRASIL, 1999).

Quanto a este tipo de posicionamento, Carvalho *et al* (2014) faz importante crítica comparando duas perspectivas legais. A do direito subjetivo dos servidores públicos, previsto em estatuto próprio, e a do direito constitucional à saúde, assegurado a toda pessoa, devendo este ser efetivado por meio do SUS. O trabalhador faz jus a direitos trabalhistas previstos em lei como remuneração, férias, estabilidade e etc. O cidadão, por sua vez, tem o direito à saúde. Para aqueles autores os direitos dos servidores públicos implicam necessariamente em deveres para com a população devendo os servidores efetivar as ações e serviços necessários (p.1458). Portanto, a ênfase em benefícios pode acabar por negligenciar o direito à saúde caso os esforços se concentrem mais na manutenção das benesses (lucros ou benefícios que não advêm de trabalho) e menos na implantação da ESF.

Parece-me que tal postura fere princípios da bioética principalista. Esta se baseia em quatro princípios, são eles: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2001, p. 71). Quando os interesses dos profissionais prevalecem sobre os dos usuários pelo menos um desses princípios, quando não todos, é violado. Uma vez que os usuários não poderão optar por buscar ou não os serviços, em aceitar ou não um dado procedimento. Isto porque sequer lhes é assegurado o acesso aos recursos necessários incluindo aí os recursos humanos. Deste modo o princípio da autonomia é negligenciado. Ademais o princípio da justiça ou mais precisamente a equidade, que é um dos princípios doutrinários do SUS, é posto em segundo plano já que parcela da população vulnerável, aquela com maiores necessidades, não são contempladas com ações capazes de minimizar as iniquidades em saúde.

As críticas feitas às Portarias e as recusas para a implementação, quando analisadas no contexto da “defesa dos interesses individuais das categorias”, ilustram como no processo de consolidação do SUS o interesses corporativos ainda prevalecem sobre os direitos sociais a uma saúde com qualidade e universal.

Recursos humanos insuficientes e alocação orientada pela conveniência dos profissionais

As três gestoras entrevistadas trouxeram a questão da redistribuição dos profissionais, demonstrando preocupação com a nova conformidade. Este olhar esteve presente nas falas de todas, principalmente por ocuparem posições estratégicas para a reorganização de equipes na RL.

De acordo com a Gestora Catarina, a Região Centro Norte - que abarca os bairros da Asa Norte e Lago Norte, ambos com população de alto poder aquisitivo⁵ com elevada escolarização, e o Bairro do Cruzeiro, todos em localização central e privilegiada dentro do território do DF -, possui um excedente de especialistas.

A preocupação com a nova conformidade pôde ser notada quando destacaram que se soma à problemática dos interesses corporativos a distribuição desigual de servidores. A disparidade ocorre tanto em aspectos quantitativos quanto em termos de especialidades uma vez que existem, por exemplo, médicos pediatras atendendo na AP. Ainda segundo Catarina este profissional não deveria atender nesse nível de atenção. Quem deveria estar na APS e o médico com formação para tal (Medicina de Família e comunidade ou ESF).

Considerando os parâmetros de dimensionamento das equipes a Portaria 78, em seu artigo sexto, determina que os servidores em excesso em uma unidade básica de saúde serão realocados em outras unidades com base em avaliação a critério da Administração. Para tanto o profissional que tem interesse será ouvido prevalecendo, no entanto, as necessidades do serviço e da população. Já o artigo sétimo informa que, quanto aos profissionais médicos, terão preferência para permanecer na AP aqueles que possuem especialização em Medicina de Família e Comunidade ou em Saúde da Família. Esgotada a quantidade de profissionais que

⁵ A Pesquisa Distrital por Amostra Familiar - PDAD - 2013/2016, apresenta Renda Per Capita Média mensal de R\$ 5.559,75 (2015) para moradores do Plano Piloto, cidade onde está situado o bairro da Asa Norte enquanto, no mesmo ano, a Cidade do Paranoá, coberta pela Região Leste de Saúde, apresentou Renda Per Capita mensal de R\$ 756,88. Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF-2015

atendam tais critérios será utilizado o critério da antiguidade na SES (DISTRITO FEDERAL, 2017). Percebe-se que o teor do texto normativo busca corrigir estas falhas administrativas que permitem a alocação de profissionais em desacordo com as necessidades e demandas da sociedade.

Elaboração das Portarias: verticalidade e centralização nos gabinetes da SES

A publicação das Portarias foi tomada pelos profissionais como uma grande surpresa, deixando a entender que o processo foi gestado na solidão dos gabinetes. O normativo provocou reações e os servidores se manifestaram por meio das mídias digitais. Para compreender esse percurso entre elaboração e publicação, foram perguntadas nas entrevistas, se houve convite ou consulta para participação no processo de elaboração.

A entrevistada Catarina afirmou ter participado de aproximadamente duas reuniões cujas pautas tratavam do documento sem, todavia, ter composto qualquer grupo de discussão para sua efetiva construção. Indagada sobre sua anuência ou repúdio às Portarias, Catarina, a exemplo das demais Gestoras, ratificou-a de modo enfático, disse ainda que o normativo nada mais é que a confirmação do que já está previsto na PNAB e em outras Políticas do MS:

“Eu acho que estas duas Portarias vêm afirmar o modelo de organização da Atenção Primária, elas afirmam. Então... a gente tem denominações desde... Centro de Saúde, você tem Unidade Básica de Saúde, você tem Posto Urbano... até nas denominações você não tem uniformidade”.

A Gestora Solange, informou que tomou conhecimento da construção das Portarias, mas não participou do processo. Essa limitada participação na construção pode acarretar em prejuízos na implementação, pois segundo Solange, o prazo de um ano para a transição não será suficiente considerando que existem boicotes de categorias profissionais, falta de profissionais com formação para atuar na APS e, principalmente, falta de estrutura física para alocar as equipes. Para ela este é o entrave que oferece maior dificuldade para a efetivação do modelo baseado na ESF.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) a APS está prevista como o cen-

tro de comunicação da RAS tendo um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2010). Quanto a esta coordenação e ordenação dos sistemas e serviços em Rede, Solange realizou análise crítica considerando as limitações da atual APS conforme pode ser verificado em sua fala na transcrição abaixo:

“eu acho que o caminho é esse, eu defendo, mas isso tem que fazer parte de algo um pouco maior... se a gente não enxergar Redes de Atenção, linhas de cuidado continua não sendo um cuidado integral [...] mas eu não vejo potencial ainda, na nossa maturidade, para a AP coordenar a linha de cuidado, coordenar Rede, não vejo isso acontecer tão rápido. Acho que é uma coisa que vai demorar muito para acontecer. Ou ela se insere nas Redes do jeito que as Redes são hoje e num futuro ela coordene isso ou se ela ficar isolada do hospital, o hospital isolado dela, o CAPS isolado de tudo. A gente continua com os mesmos problemas”.

Ainda de acordo com todas as gestoras a implantação das Portarias é absolutamente necessária considerando que o sistema como está estruturado não consegue oferecer respostas às necessidades de saúde da comunidade da região. Estas afirmativas surgiram de maneira espontânea o que denota a compreensão da condição crítica do sistema de saúde no DF

2 - Representante de usuários do Conselho de Saúde

As duas representantes do segmento usuários do Conselho de Saúde, doravante chamadas de Rosa e Ana, afirmaram morar na região há mais de 30 anos. A senhora Rosa disse ter conhecimento das Portarias, mas revelou, em tom de aflição, não compreender os documentos afirmando que são muito complexos. Ela fez considerações acerca das Portarias:

Precisava ter um estudo maior pra gente poder... mas já tinham feito todo o processo, dependia do aval do Conselho só que quando chegou a proposta já tava feita para o Conselho aprovar ali aquela situação. Então, ficou da gente, é claro que. a gente quer essa Portaria, mas não nos termos assim, porque tá muito querendo mexer no centro de saúde, nós só temos um CS no Paranoá, só o número 1, [...] com a proposta que tava desse centro se transformar nesse pontos da SF. Nós não aceitamos mudar o atendimento porque eles acham que o atendimento no CS já ta ultrapassado, não tá atendendo a atenção primária, mas o conselho não concordou com isso, concordou, mas com algumas ressalvas [...].

Além disso, foi verificada a decepção com a possibilidade de se efetivar a substituição do modelo de APS tradicional, realizado nas UBS, pelas equipes da ESF. “Eu não acho que o posto de saúde tinha que acabar não, tinha que ficar os dois, a Saúde da Família e o posto” (Senhora Rosa).

A senhora Ana, quando perguntada se tinha conhecimento a respeito da ESF, afirmou já ter ouvido falar “desse conselho da família”. Ficou subentendido que esse termo fazia referência à ESF levando em consideração que a pergunta provocadora era alusiva à Estratégia. No decorrer da conversa, de modo espontâneo, afirmou que o ator principal para implantação do modelo em todo o DF será o próximo governador a ser eleito. A fala da entrevistada revela esse olhar:

“Porque com a saúde em casa, ela vai servir muito melhor, porque não é sempre quando a pessoa passar mal, a pessoa ficar doente chegar no hospital vai ter aquele médico pra tá atendendo aquele paciente enquanto que família em casa o médico vai até sua casa.

De acordo Santana *et al* (2010) o Programa Saúde em Casa nada mais foi que a implantação da ESF, em 1997, empregando-se uma nomenclatura diferente da usada pelo MS. Naquele período o desenvolvimento da atenção primária no DF foi adaptado à implantação do programa saúde da família, do MS, atuando como estratégia direcionadora do modelo de assistência em Brasília. Ocorreu em três estágios. A depender da força política que governava o DF na época, o programa recebia um nome, são eles: saúde em casa, saúde da família e família saudável.

Apesar de tratar-se de uma proposta do MS o programa foi gerenciado pelo Instituto Candango de Solidariedade (ICS) com mão de obra terceirizada. Foi uma forma de solução imediata, mas com sérias implicações legais dada a incoerência com as normas jurídicas do SUS. Esse modelo de gestão trouxe consequências prejudiciais à implantação da ESF no DF. O Saúde em Casa foi extinto após a eleição de 1998. Todos os profissionais foram demitidos e subsequentemente foi implantado o PSF sob a justificativa de se adotar a real estratégia do MS (p.69 e 71).

Retornando à fala da senhora Ana, que citou o termo “médico em casa”, pôde ser observada ênfase na importância do acompanhamento longitudinal dos usuários, um dos atributos da APS, de modo que reduza a necessidade de estes recorrerem aos serviços de pronto atendimento para serem atendidos.

Segundo Starfield (2002) as necessidades de saúde que se apresentam na APS, os agravos de saúde que acometem as pessoas tornaram-se mais complexos com mais problemas que vão além do que os médicos estão habituados a lidar. Isto inclui o envelhecimento das pessoas e aumento da longevidade, tanto de indivíduos saudáveis quanto daqueles que possuem alguma limitação física ou psicológica. Pode implicar na necessidade de se atender estas pessoas em domicílio e buscar na comunidade recursos para tal. Neste nível de atenção as doenças que se apresentam para os profissionais se dão em um momento no qual não necessitam, obrigatoriamente, de atenção especializada (p. 137). Quando a APS intervém de maneira antecipada sobre os problemas de saúde da população estes problemas não precisam chegar ao nível secundário de atenção. Conforme pode ser verificada na fala da senhora Ana “porque não é sempre quando a pessoa passar mal, a pessoa ficar doente chegar no hospital vai ter aquele médico pra tá atendendo”.

Quando questionada se considera o processo de reestruturação difícil a fala desta entrevista apresentou uma forte contextualização político-partidária, apontando desconhecimento por parte da usuária, membro do conselho de saúde, da legalidade de uma Portaria instituída:

Eu acho que não vai ser muito difícil não, se entrar outro governo nas próximas eleições que tiver, entrar outro governador e ele....as pessoas que já estão com o projeto não mão né? Souber implantar esse projeto, eu acho que esse próximo governador, ele vai aceitar e vai colocar esse projeto em todas as unidades.

A fala da usuária e membro do conselho nesta pesquisa anuncia a fragilidade que os Conselhos de Saúde estão tomando no SUS. A falta de apropriação e compreensão técnica das políticas, programas e ações podem comprometer decisões deliberativas que compete a este órgão. Importa lembrar que os Conselhos surgem no SUS como importantes espaços para a participação e controle social. Trata-se de órgãos colegiados (grupo de representações diversas) deliberativos, que compõem as estrutura organizacional das secretarias de saúde. Atuam dentro do SUS, de modo continuado, nos três níveis de governo. Sua instância máxima é o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Devem realizar reuniões mensais e dispor da estrutura necessária para tal. Sua composição é feita por atores governamen-

tais, por profissionais de saúde, representantes dos prestadores de serviços e por usuários sendo que estes devem compor metade do órgão. A participação social é um dos cinco princípios da democracia juntando-se aos princípios da igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade (BRASIL, 2013).

Quando os integrantes destes colegiados não são adequadamente empoderados, de modo que possam desenvolver posicionamentos críticos compreendendo as implicações que as deliberações ou a ausência delas terão sobre a saúde, o princípio da participação perde sua potência podendo esvaziar a razão de ser dos Conselhos. O que esta representante pôde trazer é que a fragilidade da participação social é um importante desafio para o campo da gestão em saúde coletiva.

3 - Agente Comunitário de Saúde

A representante do segmento Agente Comunitário de Saúde (ACS), Damiana, disse ter mais de oito anos de experiência em atendimento à população da região. Na entrevista revelou ter conhecimento acerca das Portarias e da sua importância para a reestruturação do modelo de APS no DF. Segundo ela já foram disparadas as atividades de planificação para a apreensão do normativo. Serão constituídas novas equipes que se somarão às equipes já existentes em sua área de abrangência.

As atividades são realizadas em reuniões que acontecem duas vezes a cada mês, envolvendo profissionais da RLS, ocasiões nas quais são feitas leituras analíticas das Portarias e demais atividades pertinentes. Dentre as atividades está a verificação de experiências exitosas em outras unidades, tomando-as como referência, e a avaliação dos processos de trabalho. Ainda de acordo com a ACS, o processo de transição em sua unidade está em andamento:

A gente tá em processo de adaptação a essa Portaria [...] em processo na aceitação da Portaria, de desenvolvimento da Portaria. A gente não tá, assim, seguindo direitinho como é a Portaria, mas a gente tá começando a se adaptar agora porque tem pouco tempo que chegou pra nós.

Acerca das maiores dificuldades para efetivação do normativo, foi posto que:

O maior desafio que a gente teve foi ter que mudar algumas coisas que a gente já fazia do nosso modo né, e a gente ter que mudar pra outro... pra trabalhar de outra forma. Porque muitas coisas a gente vai ter que mudar. A gente vai ter que se adaptar a outra forma de trabalho. Esse é o maior desafio pra gente. É mudar aquilo que a gente já tinha construído e ter que transformar em outro modo de trabalho.

Quanto às manifestações de resistência e contrárias às Portarias, por parte de categorias de profissionais de saúde, a ACS fez a seguinte consideração:

Bom, é, pelo motivo de muitas mudanças, algumas gratificações que alguns recebiam, e a partir dessa Portaria não vão receber mais, porque só os profissionais que fazem parte do PSF que vão receber algumas gratificações. Os que não se adaptarem ao PSF não vão receber. Eu acho que o maior problema foi esse. Eu acredito que sim.

Em relação ao prazo de um ano para a transição, reestruturação e efetivação do novo modelo a ACS, assim como as demais profissionais de saúde entrevistados, julgou o tempo insuficiente. Foram considerados fatores como a realocação e formação de profissionais, quadro de servidores em quantidade insuficiente para compor as EqSF, além de resistências das categorias profissionais. O termo “boicote” foi mencionado nas falas registradas.

O que podemos verificar é que a inserção da profissional em outros espaços de planejamento facilitou a compreensão das Portarias e dos processos consequentes, o que ratifica que o compartilhamento dos processos de planificação é o caminho para o fortalecimento do SUS nos territórios.

4 - Usuárias

Foram entrevistadas duas usuárias, doravante chamadas de Telma e Marlene, que participaram da Conferência de Saúde da Mulher. A abordagem inicial se deu nos intervalos das atividades que aconteciam no auditório do HRPa. Por estarem em um espaço que convoca a participação, o convite de um representante da academia para falar sobre processos de gestão pode ter contribuído para uma “certa desconfiança” que marcou o contato com o entrevistador. Muitas vezes as pesquisas acadêmicas estão no imaginário da população como uma ferramenta de avaliação do serviço e dos profissionais, o que pode gerar certo desconforto para a participação da entrevistada.

Cada uma das entrevistadas tinha mais de 50 anos e afirmaram morar na

região há pelo menos 25. A entrevista foi marcada por falas que destacaram as dificuldades de acesso aos serviços e da limitação em marcar consultas. Houve a intenção de manter a conversa com foco nas eSF e nas Portarias tendo em vista que as falas tendiam a seguir por outras direções que não o propósito da entrevista. As verbalizações eram permeadas por tom de desabafo com traços de raiva e revolta, que talvez fossem esses os motivos que as levaram até o evento.

De acordo com a senhora Telma, que relatou ser hipertensa, ter problemas de coluna e alergia, o tempo de espera entre a marcação de uma consulta e sua realização pode variar de meses a período igual ou superior a um ano:

“a gente passa de seis meses, às vezes um ano, para conseguir a consulta e quando chega o dia da consulta nós entra na sala o médico nem repara na cara da gente, nem manda sentar e em menos de cinco minutos manda a gente ir embora... depois de mais de seis meses de espera”.

A fala da usuária, ao reportar a precariedade do atendimento, explicita como a população tem se sentido desrespeitada nas práticas de saúde, e quando encontram espaços de escuta, mesmo que este espaço seja uma pesquisa acadêmica, apresentam a demanda de falarem o que sentem nesses contatos usuária-profissional. Por outro lado, o que a fala revela é ainda a permanência da compreensão que “cuidar” está associado à tríade: médico, pedido de exames e medicação.

Esta afirmativa corrobora o entendimento do serviço de saúde como medicocentrado, sendo algo a ser realizado, quase que exclusivamente, por este profissional e pautado no cuidado mediado pelas tecnologias duras e leve-duras. Para Merhy e Franco estas tecnologias levaram a um “fluxo voltado à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras” (2003, p. 5).

Havia grande frustração pela dificuldade de acesso ao profissional médico, dá não solicitação de exames por parte deste profissional, e da dificuldade de realização quando solicitados. De acordo com a senhora Telma, ela precisa recorrer à rede privada empregando recursos próprios para custeio dos exames. Em outro trecho de sua fala ela relata:

Eu fui no médico, ele fez uns pedido de exame pra mim, aí o que que eu fiz? Fui lá marcar os exames de sangue. Cheguei lá não tinha previsão nem pra exame de sangue nem tipo de exame nenhum [...]. Então o que que eu fiz? Eu fui na ouvidoria pedir uma ajuda. Eu rodei o hospital todinho procurando um médico pra poder me dá pelo menos um laudo pra eu mostrar lá no meu serviço né.

Ressalta-se que, quando uma pessoa precisa recorrer à rede privada, empregando recursos próprios, para realizar um dado exame, que deveria ser realizado pelo sistema de apoio da RAS, tem-se uma segregação que separam os que possuem, e os que não possuem dinheiro para pagar o que o serviço não disponibiliza (SOUZA et al, 2009 p. 306). Ainda segundo a senhora Telma:

Se tivesse mesmo a Saúde da Família, como você tá falando, talvez seria muito melhor. Eu concordo... e não conheço (alguém que é atendido por uma eSF). Eu moro aqui há 32 anos. Eu conheço é muita gente doente, precisando do médico e chorando. Vai no hospital, fica 24 horas lá e não é atendida. Tanto faz nos hospital, no posto de saúde, nas emergências, é tudo assim.

Dentro deste segmento não foi revelado qualquer conhecimento acerca das Portarias. Sobre as EqSF foi revelada uma compreensão superficial sendo citado o termo “médico em casa” pela senhora Marlene. Aqui cabe uma consideração quanto à força semântica da palavra “médico”. A composição de uma equipe de trabalho em saúde precisa ser multiprofissional cujos processos de trabalho precisam funcionar em uma dinâmica colaborativa e complementar com o compartilhamento de saberes. A menção da palavra médico impõe limitações de significação, junto ao usuário, do que vem a ser uma equipe de saúde. Leva-o a enxergar no profissional de medicina a figura central dos serviços de saúde.

7. DISCUSSÃO

Durante a minha experiência de formação curricular no curso de saúde coletiva, pude acompanhar a rotina de alguns Centros de Saúde do DF, em cidades periféricas e o que predominava era uma grande demanda reprimida e o atendimento condicionado à distribuição limitada de senhas. Era marcado pela oferta de serviços, e não pelo atendimento das necessidades de saúde da população, "estreitando" a porta de entrada do SUS. Importa lembrar que espaço prioritário para acesso ao Sistema é a APS.

No decorrer das entrevistas verificou-se que parte da demanda da APS procura o Hospital Regional em busca de atendimento para condições que poderiam ser acolhidas pela AP, no entanto não são. A gestora Solange afirmou que a cobertura feita por este nível de atenção no Paranoá é muito baixa. Segundo ela:

“a gente tem um CS para a maioria da população e no Itapoã metade da população não tem atenção primária. A gente percebe todo mundo na porta do pronto socorro [...] aumentou demais o fluxo de nos últimos três anos, depois que o Paranoá Parque [o bairro] foi construído e o pessoal mudou pra cá... eu vejo todos os serviços da região fazendo só o que dá e não o que precisaria [...], Muitas vezes tem muitos pacientes que não precisariam estar aqui [no PS] e que ninguém vê eles, porque o pessoal da emergência também não consegue. Ficam com os paciente graves [...] e não consegue chegar no paciente que não precisaria estar em uma porta de emergência”.

A implantação do bairro⁶ Paranoá Parque aumentou a quantidade de moradores da região sem que a estrutura dos serviços da APS, incluindo recursos humanos, fosse redimensionada para a nova configuração demográfica da região.

A reorganização da APS proposta pelas Portarias reforça a ESF como política de saúde tem forte potencial para garantir, ampliar e melhorar o acesso dos usuários proporcionando maior resolubilidade ao sistema além de contribuir para a consolidação do SUS como política de saúde efetiva. Experiências em países como Inglaterra, Canadá, Espanha, Portugal e Cuba, demonstram que a APS, promove melhorias globais com maior eficiência por meio do uso racional dos recursos cooperando para a promoção do bem estar social (DISTRITO FEDERAL, 2017).

O que o presente estudo buscou, foi compreender como atores que trabalham ou utilizam o SUS estão compreendendo e assimilando as Portarias. As reações públicas de recusa das categorias de profissionais de saúde do DF em relação às Portarias invoca importante reflexão para os gestores da Portaria, quanto às estratégias de sensibilização para promover um debate mais plural e cogestivo dos

⁶ Trata-se do programa habitacional do Governo do Distrito Federal - GDF, Morar Bem. De acordo com a Secretaria de Estado de Gestão do Território e Habitação foram construídas 6.240 unidades habitacionais. As moradias são destinadas às famílias com renda mensal de até R\$ 1,6 mil.

processos de implementação. Importa ressaltar que a EqSF possui boa aceitabilidade junto à população. Segundo Oliveira (2008) em sua tese de doutorado "foi observado que a maioria da comunidade conhece os profissionais da equipe de saúde da família, a maioria também está satisfeita com o atendimento recebido..." (p.85). Sendo assim, fica evidente a importância dessa estratégia para o contínuo processo aperfeiçoamento, ampliação do acesso aos serviços e melhores resultados em saúde para as populações. Para Hartz et al (2005):

A estratégia pode ser considerada como a forma de implementação de uma política mediante o comportamento de um ator - indivíduo, grupo, instituição - cujo propósito é adquirir certa liberdade de ação, que lhe permita ganhar um espaço de manobra para implementar objetivos buscados (p. 107).

Com base no que é citado por Hartz tem-se na ESF o locus de prática de excelência para a plena implantação PNAB:

"considerando a consolidação da Estratégia Saúde da Família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstra a necessidade de adequação de suas normas" (BRASIL, 2012).

As impressões dos atores entrevistados para este estudo indicam que são muitas as dificuldades para a efetivação das Portarias. Evidenciou-se que as maiores são as resistências corporativas, dificuldade de adaptação às novas formas de trabalho, o prazo de um ano para a transição e implantação, e a estrutura física insuficiente para acomodar as Equipes de Saúde da Família.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo trouxe elementos que permitem refletir criticamente sobre a gestão em saúde. Ela precisa ser feita de modo dialógico, participativo com os atores sociais e institucionais implicados protagonizando as decisões nos fóruns de discussão. Estes fóruns podem ser as unidades, os conselhos ou as conferências de saúde, associações de moradores, agremiações de categorias de profissionais de saúde e etc.

Trata-se de um campo profícuo da saúde coletiva por abranger articulação e

cogestão nos processos decisórios de planejamento e implantação de políticas, ações e programas a exemplo da ESF. Neste campo as competências e saberes, construídos sob a perspectiva da saúde coletiva, têm potencial para cooperar para atenuação dos desafios da gestão em saúde que, quando realizada de modo dissonante com as reais necessidades da população, implica em importantes prejuízos.

A situação requer análise contextualizada com os atores necessários aos processos de produção em saúde identificados e empoderados viabilizando a participação nos processos decisórios. Isto de modo a potencializar os resultados e impactos na dimensão da saúde coletiva e efetivar os princípios da universalidade, integralidade e justiça social. Estes princípios precisam ser buscados com tenacidade por todos. Para tanto são necessários mecanismos de consulta popular alinhados para a análise situacional e tomada decisão de maneira participativa e Isto de modo a potencializar os resultados e impactos na dimensão da saúde coletiva e efetivar os princípios da universalidade, integralidade e justiça social. Estes princípios precisam ser buscados com tenacidade por todos. Para tanto são necessários mecanismos de consulta popular alinhados para a análise situacional e tomada decisão de maneira participativa democrática⁷ (ABRASCO, 2017).

Neste cenário os profissionais de saúde têm papel decisivo. No entanto o que pôde ser verificado na dimensão política foi uma postura “calculadora” orientada pelas alternativas mais vantajosas aos servidores. Isto pôde ser verificado, por exemplo, no excedente de médicos especialistas na Região Centro Norte, que abarca os bairros da Asa Norte, Lago Norte e Cruzeiro (de acordo com a Gestora Catarina), todos em localização central e privilegiada dentro do território do DF.

Tomando emprestado um termo comum à economia, temos um jogo de so-

⁷ Minuta da Resolução que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva e dá outras providências. (ABRASCO, 2015)

ma negativa, já que nessa relação todos perdem. Perde o estado, que não consegue atender às reais necessidades da população, o que o faz ser reativo às demandas gerando uma ineficiente gestão do sistema de saúde. Perdem os profissionais de saúde, por atuarem em um sistema desestruturado com a falta de recursos, inexistência de sistemas de apoio, APS ineficaz e etc.

Neste cenários os profissionais são levados pelas circunstâncias adversas, a atender demandas em locais inadequados dentro do sistema. Entretanto, o ator que sofre os maiores danos desta relação desigual e causadora de iniquidade é o usuário, quando não é disponibilizado a ele um sistema responsivo, comprometido ética e tecnicamente com suas reais necessidades. Emprega-se uma dinâmica presidida pela oferta de serviços e procedimentos.

A forma como o modelo está estruturado reflete nos ambientes de trabalho com impactos na produtividade, na satisfação e motivação dos trabalhadores com respostas inadequadas. Soma-se a este conjunto de limitações o fato de os trabalhadores não enxergarem de forma clara estas carências. Para eles a questão passa mais pela conscientização a respeito da estratégia junto aos trabalhadores e usuários e menos por uma questão estrutural (SHIMIZU & REIS, 2010, p 3464 e 3465).

A insensibilidade diante das potencialidades da ESF efetivamente implementada e funcionando pode perenizar práticas clínicas limitadas, baseadas em um modelo de atenção básica já esgotado. O foco na família a partir da ESF tem parte de suas vantagens ratificadas uma vez que:

O conhecimento da família oferece não apenas o contexto para avaliação dos problemas dos pacientes e ajuda para isolar a probabilidade de diversos diagnósticos possíveis, mas também é importante na decisão a respeito de uma intervenção apropriada, porque as famílias podem diferir em sua capacidade de realizar diferentes tratamentos e manejar estratégias. É provável que a família se torne ainda mais importante conforme o conhecimento a respeito da genética aumenta e as possibilidades tanto de prevenção quanto de manejo aumentem (STARFIELD, 2002, p. 121).

Parece óbvio que há uma clara ligação entre a ESF devidamente implantada e melhores resultados em termos de saúde coletiva, mas não foi o que ficou evi-

dente na reação institucional por meio dos sites das categorias de profissionais de saúde consultados. Conforme verificado nos referenciais ora apresentados, trata-se de uma estratégia eficaz, mas seria um erro atribuir à ESF a solução para todos os males da saúde coletiva. Faz-se necessário suporte por meio dos demais níveis de atenção - média e alta complexidade -, com os serviços funcionando em uma RAS conectada e colaborativa.

Pode-se dizer que as contribuições de Mendes, em sua Obra “A construção social da saúde” (2015), tornam claro o entendimento da importância da ESF em termos sanitários. Colaboram e ratificam as informações trazidas pelo autor os argumentos, dados e informações apresentadas por Starfield (2010).

Com o presente trabalho foi possível verificar que o processo de implementação da reorganização proposto pelas Portarias está perpassado por confusões, dúvidas e desconhecimentos, principalmente por parte da população/usuários. Isso pode ser resultado da construção vertical da política e da centralização dos processos decisórios nos gabinetes. Considerando a importância do tema para a saúde coletiva no DF, sugere-se novos estudos acerca da implementação das Portarias em todas as regiões as de saúde do Distrito Federal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO 2015. Minuta de Resolução. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2015/04/MINUTA-DE-RESOLU%C3%87%C3%83O-DCN-versao-10.04.pdf>>. Acesso em Abr. 2017.

BRASIL, M. D. S. Política Nacional de Atenção Básica, Série E. Legislação em Saúde. 1ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2012. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde – Brasília:

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php Acesso em 10 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf>. Acesso em: 13 de jun. 2017.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL- CEBES-DF. Mudança na Atenção Básica de Saúde do DF é tema de Seminário do Cebes. Disponível em: < <http://cebes.org.br/2017/04/mudanca-na-atencao-basica-de-saude-do-df-e-tema-de-seminario-do-cebes/>> Acesso em 5 de abr. de 2017.

CHILDRESS, J. F.; BEAUCHAMP, T. L. Principles of Biomedical Ethics. 5ª. ed. Oxford: press, Oxford, 2001.

CONASS, 2007. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8. Disponível: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf>. Acesso em 22 mai. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Aprova o Código de Ética Médica. Resolução n. 1931, de 24 de setembro de 2009, Retificação publicada no D.O.U.

de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm> Acesso em 6 abr. de 2017.

DARIDO, S. C.; SOUZA JÚNIOR, O. M. D. Para Ensinar Educação Física: possibilidades de intervenção na escola. Campinas: Papirus, 2007.

DISTRITO FEDERAL, Começam as conferências regionais para debater Saúde das Mulheres. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/9329-come%C3%A7am-as-confer%C3%Aancias-regionais-para-debater-sa%C3%BAde-das-mulheres.html>> Acesso em: Jun. 2017

DISTRITO FEDERAL, Diário Oficial do Distrito Federal. 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> Acesso em: 28 Abr. 2017.

DISTRITO FEDERAL, Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD DF2015. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2016/PDAD_Distrito_Federal_2015.pdf> Acesso em 25 Mai. 2017.

DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Programa Saúde da Família, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/526-programa-saude-da-familia.html>> Acesso em 20 Mai. 2017.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regula o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial do Distrito Federal, Ano XLVI Edição nº- 33 Brasília - DF, p.7,15 de fev. 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>. Acesso em 22 mai. 2017.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece

a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Ano XLVI Edição nº- 33 Brasília - DF, p.4, 15 de fev. 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>. Acesso em 22 mai. 2017.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Gestão do Território e Habitação. Paranoá Parque – Sai a Licença de Instalação do empreendimento. Disponível: <<http://www.sedhab.df.gov.br/salamprensa/noticias/item/2755parano%C3%A1-parque-%E2%80%93-sai-alicen%C3%A7adeinstala%C3%A7%C3%A3o-do-empreendimento.html>> Acesso em Jun. de 2017

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 13-33, Oct. 2014. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Mai. 2017.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. Rev. bras. Ci. Soc., São Paulo, v.21, n.61, p.177-190, Junho 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01029092006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 3 abr. de. 2017.

GIDDENS, A. Sociologia. 6ª. ed. Lisboa: FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2008. Disponível: <http://www.joinville.udesc.br/portal/professores/ivo_costa/materiais/Anthony_Giddens_Sociologia.pdf> Acesso em 3 abr., de. 2017

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2002.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8ª. ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Record, 2004.

GOTTEMS, L. B. D. 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, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1409-1419, Jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2009000600023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Abr. 2017.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do neo-institucionalismo. Lua Nova, São Paulo, n. 58, p. 193-223, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n58/a10n58>>. Acesso em 28 mar. 2017.

HARTZ, Z. M. A. E. A. Avaliação em Saúde, Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. 1ª. ed. Salvador, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

KARPOV, Kleber. Servidores, sindicatos e políticos se unem contra mudanças da Atenção Primária de Saúde. Disponível em: <http://www.politicadistrital.com.br/2017/02/23/servidores-sindicatos-e-politicos-se-unem-contra-mudancas-da-atencao-primaria-de-saude/>>. Acesso em: 26 de mar. de 2017

MALTA, Deborah Carvalho et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232016000200327&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Mai. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>.

MENDES, E. V. A Construção Social da Saúde. 1ª edição. ed. Brasília: CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª. ed. Brasília - DF.: [s.n.], 2011.

MERHY. E.E., FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves 2003. Disponível em: http://ltcead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/composicao_tecnica_do_trabalho_e_merson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2017

PEREIRA, M. G. Epidemiologia: teoria e prática. 12^o Reimpressão. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda., 2008.

REZENDE, D. A. Planejamento Estratégico para Organizações Privadas e Públicas: guia prático para elaboração de plano de negócios. Rio de Janeiro: Brasport, 2008.

SHIMIZU, Helena Eri; REIS, Leonardo da Silva. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.8, p.3461468, Aug. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232011000900014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Mar. 2017.

SANTANA, J. P. DZ; PIOLA, S. F., VIANNA, S.M., RODRIGUES, V. A., RAMOS Z.V.O. Aspectos institucionais, do emprego e da atividade do médico na atenção à saúde da família no distrito federal: estudo de caso nos setores público e prvaio. Disponível:<http://capacidadeshumanas.org/observarh/wpontent/uploads/2016/04/01_Aspectos-Institucionais-do-Emprego-e-da-Atividade-do-Me%CC%81dico_DF-END.pdf>. Acesso em Jun. 2017

SOUZA, J. et al. Ralé Brasileira, quem é e como vive. Belo Horizonte UFMG, 2009. Disponível em:<<http://flacso.redelivre.org.br/files/2014/10/1143.pdf>> Acesso em: 12 de jun. 2017.

SPINK, Peter Kevin. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. Psicol. Soc., Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 18-42, Dec.003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822003000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 8 abr. 2017.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia - Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2010. 726p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em 27 Mar. 2017

VANDERLEI, Maria Iêda Gomes; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 443-453, Apr. 2007. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Jun. 2017.

WOLFFENBÜTTEL, A. Desafios do desenvolvimento. ipea.gov.br, 2004. Disponível em: <<http://desafios.ipea.gov.br/>>. Acesso em 26 Abr. 2017.

APÊNDICE - A. SITES CONSULTADOS E TRECHOS DAS FALAS

<http://www.fenam.org.br/noticia/6639>

Sob sonoras vaias, o Secretário de Estado de Saúde; Humberto Fonseca e o presidente do Conselho de Saúde do DF; Helvécio Ferreira foram recebidos pelos servidores e pela população. Os servidores compareceram em peso e lotaram a galeria e o plenário da CLDF, na tarde da quinta-feira (09/03), para participar do debate sobre as alterações feitas pelo GDF na Atenção Primária do Distrito Federal, bem como a suspensão dos direitos dos servidores da Saúde. Cerca de 500 pessoas ficaram impedidas de entrar e ainda foram agredidas pela segurança da Casa e a Polícia Militar, que usou até spray de pimenta para conter o tumulto. <http://www.sindatedf.com.br/2017/03/servidores-e-usuarios-dao-as-costas-para-secretario-de-saude-em-audiencia-publica-na-cldf.htm>

SITE: POLÍTICA DISTRITAL

Servidores, sindicatos e políticos se unem contra mudanças da Atenção Primária de Saúde. A terça-feira (21/Jan) o dia foi de mobilizações de protestos contra as Portarias 77 e 78, publicadas pelo secretário de Estado de Saúde do DF (SES/DF), Humberto Lucena Pereira da Fonseca. Manifestação em Centro de Saúde 08 de Ceilândia, pela manhã, Proposta de Decreto Legislativo (PDL) na Câmara

ra Legislativa do DF (CLDF), a tarde e, protesto com faixas no Centro de Convenções, foi marcado por manifestações contra a proposta de Fonseca migrar os Centros de Saúde (CS) para o Programa Saúde da Família (PSF). <http://www.politicadistrital.com.br/2017/02/23/servidores-sindicatos-e-politicos-se-unem-contra-mudancas-da-atencao-primaria-de-saude/>

SITE: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA – CRM-DF

O CRM-DF esclarece, ainda, aos gestores da SES/DF, a impropriedade na emissão de quaisquer documentos de identificação com indicação de especialidade que o portador não tenha registro neste Conselho. O médico que portar documento desta natureza estará incorrendo em ilícito ético, (Art.18, do Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 1931/2009). Desta forma, o ilícito ético também implicará o gestor médico que exigir obrigatoriedade da prática indevida (Art.56, do Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 1931/2009) Nota de esclarecimento: aos médicos e médicas sobre mudança de especialidades ou áreas de atuação da Portaria SES/DF nº 78 de 14/02/2017

http://www.crmdf.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21480:nota-de-esclarecimento&catid=3

SITE: SINDICATO DOS MÉDICOS - SINDMÉDICO-DF

DF: Assédio moral das Portarias 77 e 78 chegam ao MPT. “Não houve diálogo. É imposição. Uma imposição que, claramente, é um assédio moral contra médicos e demais profissionais de saúde”, salienta o presidente do SINDMÉDICO-DF, Gutemberg Fialho. Ainda na conversa, ele afirmou que as Portarias, inclusive, prejudicam a assistência à população ao também propor a retirada dos especialistas dos Centros de Saúde”.

<http://www.sindmedico.com.br/index.php/noticias/665-assedio-moral-das-portarias-77-e-78-chegam-ao-mpt>

SITE: SINDIENFERMEIRO-DF

“Jorge Henrique, diretor do sindicato, lembrou que a entidade é a favor das

melhorias e da reformulação (...) “Não podemos ficar no modelo tradicional porque ele está falido e é uma porta aberta para a privatização da Saúde. Mas, se for pra fazer uma reestruturação com o intuito de mexer nas gratificações do servidor, por exemplo, nós não queremos. Precisamos dialogar e chegar a uma alternativa em relação a isso”, explica Jorge.

<http://www.sindenfermeiro.com.br/index.php/2017/03/08/portarias-77-e-78-sao-temas-de-reuniao-entre-sindenfermeiro-e-supervisores-de-enfermagem/>

SITE: SINDICATO DOS ODONTOLOGISTAS DO DISTRITO FEDERAL - SODF.

“O Sindicato dos Odontologistas do Distrito Federal (SODF) informa aos cirurgiões-dentistas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF) que repudia toda e qualquer nova ameaça de perdas de direitos, garantias e vantagens dos servidores, e para isto tem atuado, nos campos jurídico, do controle social e político, conjuntamente com os outros sindicatos da saúde. Acreditamos na Estratégia de Saúde da Família como modelo ideal de Atenção Primária à Saúde, conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde e consolidado em vasta literatura sobre o tema. Lamentamos que no Distrito Federal, infelizmente, ainda não tenha ocorrido a efetividade da implementação da estratégia e temos trabalhado para isto, em especial, no âmbito do Controle Social”.

<http://www.sodf.org.br/Site/ControlConteudo.aspx?area=c0510585-f3ce-42d6-8761-ea37b5667ca>

SITE: SINDSAÚDE-DF.

Comissão geral acende ainda mais os ânimos contra Portarias que reformulam atenção primária. “A presidente do SINDSAÚDE defendeu o fortalecimento da Atenção Primária, mas advertiu que esse não é o caminho. “A Saúde do DF tem jeito sim, mas não haverá saída se não for construída com os servidores” afirmou Marli. “Portaria de cima para baixo não vai acontecer. Aqui tem gente para botar o pé na porta e dizer: no meu salário você não mexe, Rollemberg”, finalizou”.

<http://sindsaude.org.br/noticias/mobilizacao/4637/comissao-geral-acende-ainda->

mais-os-animos-contra-portarias-que-reformulam-atencao-primaria.html

Assembleia Geral declara guerra às Portarias e instituto no Hospital de Base “Em Assembleia a categoria do SINDSAÚDE declarou, na manhã desta quarta-feira (15), guerra aos desmandos e imposições que visam destruir a saúde pública do Distrito Federal. As Portarias 77, 78 e 94 foram execradas pela categoria. Além disso, a reforma da previdência foi reprovada por unanimidade. Servidores ainda repudiaram o governador Rodrigo Rollemberg e ao secretário de Saúde, Humberto Fonseca”.

<http://sindsaude.org.br/noticias/mobilizacao/4676/assembleia-geral-declara-guerra-as-portarias-e-instituto-no-hospital-de-base.html>

APÊNDICE - B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ANÁLISE DO O PROCESSO DE TRANSIÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS PORTARIAS 77 E 78/2017 DA SECRETARIA DE ESTADO E SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. ” que tem como objetivo analisar o processo de reorganização da atenção básica implantação da ESF no Distrito Federal, por meio das Portarias 77 e 78 da Secretaria de Estado de Saúde do DF”. Trata-se de um estudo qualitativo realizado no Departamento de saúde Coletiva da Universidade de Brasília. A pesquisa fará uma análise a partir de dados obtidos em entrevistas e análise de mídia digital Buscase, com o presente projeto, aportar elementos importantes para propor melhorias da atenção primária à saúde e para a organização e gestão da SES/DF. Gostaríamos de contar com o seu consentimento para a utilização dos dados obtidos por meio desta entrevista, com duração estimada de 10 a 20 minutos. A pesquisa foi submetida à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília e lhe garantimos os seguintes direitos:

- 1 - solicitar, a qualquer momento, maiores esclarecimentos sobre a investigação pelo contato e telefones: Claudia Pedrosa, tel.: 3107-1951; e-mail: pedrosaclaudia@unb.br

- 2 - segredo absoluto sobre nomes, local de trabalho, residência e quaisquer outras

informações que possam levar à identificação pessoal e da instituição a qual pertence no relatório e publicações da pesquisa;

3 - ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgar prejudiciais à sua integridade física, moral e social. Os resultados do estudo serão publicados em sites, revistas e eventos científicos, apresentados para docentes e demais profissionais. Uma cópia deste termo permanecerá com o (a) Senhor (a) e a outra ficará arquivada, juntamente com os demais documentos da pesquisa, com o pesquisador responsável, no Departamento de Saúde Coletiva/Faculdade de Saúde/UnB.

Brasília ____ de _____ 2017.

Nome do Participante: _____.

Pesquisadora responsável: Claudia Mara pedrosa Profa. Dra.do Departamento de Saúde Coletiva/FS/UnB

Comitê de Ética em Pesquisa da FS-UnB. Fone: (61) 31071947

cepfs@unb.br

APÊNDICE - C. ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Perguntas sobre as Portaria 77 e 78

I- Conhecimento das Portarias.

- Você sabe como as Portarias foram elaboradas?
- (queremos saber se houve compartilhamento da elaboração)
- Se houve por quem?
- Quando?
- Onde?
- Quem convidou?
- O que é mais desafiante para implementar estas Portarias ?
- O que você acha que ela traz como inovador?
- Por que você acha que houve tanta reação contrária a Portaria?

II- Organização para implementar.

- Como os serviços estão se organizando para a transição? Macro

processos e singularidades da unidade?

- Quais processos já foram disparados?