



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas- FACE

Departamento de Gestão de Políticas Públicas- GPP

LARISSA SILVA LEAL

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO NO  
DISTRITO FEDERAL

Brasília- DF

2021

LARISSA SILVA LEAL

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO NO  
DISTRITO FEDERAL

Monografia apresentada ao Departamento de  
Gestão de Políticas Públicas como requisito  
parcial à obtenção do título de Bacharel em  
Gestão de Políticas Públicas.

Professor Orientador: Profa. Mestre Maria  
Eugênia D. F. Cireno

Brasília – DF

2021

LL435e Leal, Larissa Silva  
Estratégia Saúde da Família: uma análise da implementação  
no Distrito Federal / Larissa Silva Leal; orientador Maria  
Eugênia Diniz Figueirêdo Cireno. -- Brasília, 2021.  
63 p.

Monografia (Graduação - Gestão de Políticas Públicas) --  
Universidade de Brasília, 2021.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Implementação. 3.  
Fatores determinantes. I. Cireno, Maria Eugênia Diniz  
Figueirêdo, orient. II. Título.

LARISSA SILVA LEAL

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO NO  
DISTRITO FEDERAL

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de  
Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília da aluna

**Larissa Silva Leal**

Profa. Mestre, Maria Eugênia Diniz Figueirêdo Cireno

Professor-Orientador

Prof. Doutor, Franco de Matos

Prof. Mestre, Mauro Célio Araújo dos Reis

Professor-Examinador 1

Professor-Examinador 2

Brasília, 14 de maio de 2021.

Dedico à Rita de Cássia da Silva Venâncio (*in memoriam*), minha segunda mãe, minha tia, minha madrinha.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus pelo dom da vida e por ter me concedido a oportunidade de estudar na Universidade. A Nossa Senhora por iluminar meus passos ao longo dos anos. É com gratidão e com o coração tranquilo que encerro minha jornada na graduação.

Agradeço aos meus pais, Cláudio e Rosa, a minha irmã, Lorrane, e a toda a minha família por serem minha fortaleza, minha base e meu sustento durante essa jornada. Estiveram comigo nas alegrias e também durante os momentos mais incertos e duvidosos.

Aos meus amigos da graduação. Sem eles essa trajetória não seria a mesma. Obrigada pelo companheirismo, pelos suícos, pelos trabalhos em grupo e por tantos outros momentos que passamos juntos.

Um agradecimento especial a minha orientadora, profa. Maria Eugênia, por aceitar embarcar comigo nessa pesquisa.

O meu muito obrigada a todo o corpo docente, aos técnicos e a todos os colaboradores do departamento de Gestão de Políticas Públicas.

## RESUMO

A presente pesquisa busca analisar alguns aspectos da implementação da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. Tem por objetivo diagnosticar quais fatores foram determinantes para a implementação da estratégia no DF, bem como analisar os incentivos da legislação para implementação da ESF e verificar se as ações da SES - DF têm possibilitado a consolidação da estratégia. O estudo é descritivo onde busca-se descrever, de forma integral, um fenômeno como a implementação da estratégia de Saúde na Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e explicativa, com base em análise de conteúdo. Os principais resultados encontrados dizem respeito à instituição de dispositivos legais, à questão da regionalização e descentralização, à insustentabilidade do modelo tradicional de assistência à saúde e a regulação em saúde como fatores determinantes para a implementação da política. Concluiu-se que é possível construir uma atenção básica forte, por meio da ESF, favorecendo ações de saúde integrais e continuadas. Entretanto, é preciso que seja feita de forma articulada com diretrizes, objetivos e metas a serem atingidas, além de constantemente ser necessária a indução de incentivos legais para a ampliação da estratégia.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Implementação. Fatores determinantes.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Ciclo de Políticas Públicas.....	23
Figura 2 - Quantidade de UBS por Região Administrativa.....	41



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Matriz de legislações da Atenção Básica via ESF .....	46
Quadro 2 - Regiões de Saúde e Regiões Administrativas (RA's) correspondentes .....	53

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB - Atenção Básica

AGL - Acordo de Gestão Local

AGR - Acordo de Gestão Regional

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CIB - Comissão Intergestora Bipartite

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

DF - Distrito Federal

eSF – Equipe Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

NASF - Núcleo Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAC - Programa Agentes Comunitários

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PRS – Programa de Gestão Regional da Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

RA - Região Administrativa

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RIDE - Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno

SES/DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

URD – Unidade de Referência Distrital

## SUMÁRIO

<b>1) INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	16
1.2 OBJETIVOS	16
1.3 JUSTIFICATIVA	16
<b>2) REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>20</b>
2.1 POLÍTICA PÚBLICA	20
2.2 CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	21
2.3 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA	23
2.4 ARRANJO INSTITUCIONAL E MODELO DE GESTÃO	25
<b>3) MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA</b>	<b>27</b>
<b>4) ANÁLISES</b>	<b>29</b>
4.1 MARCOS LEGAIS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	29
4.1.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	29
4.1.2 ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE	34
4.1.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	35
4.1.4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	37
4.1.5 ATENÇÃO BÁSICA VIA ESF NO DF	38
4.2 SISTEMA DE INCENTIVO NA LEGISLAÇÃO	41
4.3 FATORES DETERMINANTES	42
4.3.1 INSUSTENTABILIDADE DO MODELO TRADICIONAL E AMPLIAÇÃO DO ACESSO	42
4.3.2 A REGULAÇÃO EM SAÚDE	44
4.3.3 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO	44
<b>5) RESULTADOS OBTIDOS</b>	<b>46</b>
<b>6) CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>57</b>
<b>7) REFERÊNCIAS</b>	<b>59</b>

## 1) INTRODUÇÃO

A organização da saúde pública no Brasil se deu através de um longo processo de luta e reafirmação da importância da consolidação de um sistema público, gratuito e eficaz. Via-se a necessidade da construção e da organização de um sistema público forte com descentralização de ações entre a União, estados e municípios, que garantisse o acesso a toda a população, pondo fim à elitização das práticas de saúde (BRASIL, 2007).

Na década de 70 o debate sobre as questões de saúde se inicia, tendo como precursores, os movimentos sanitários que buscavam mudanças e transformações na área, principalmente no que diz respeito às condições de vida da população. Assim, a saúde começa a ser vista sob o prisma do campo da saúde coletiva, que entende que o processo saúde-doença não tem somente o indivíduo como foco, mas sim a coletividade e o meio no qual ele está inserido. Tal perspectiva ganha formas e espaços de discussão cada vez maiores (BRASIL, 2007).

Em 1978 ocorre a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reafirmando que a saúde, “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, não pode ser entendida somente como a ausência de doenças, mas que a promoção e proteção da saúde são básicas para o desenvolvimento econômico e social (DE ALMA-ATA, 1978).

Nessa mesma Conferência é proposta a primeira definição de atenção primária à saúde (APS), que vai dizer que os cuidados primários de saúde são urgentes e, portanto, devem se basear em tecnologias acessíveis que permitam que os serviços de saúde cheguem o mais perto possível dos lugares onde os indivíduos vivem, sendo o “primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção” (DE ALMA-ATA, 1978).

A Organização Mundial da Saúde, de importante papel no debate sobre a saúde, suscita também a discussão da saúde primária, quando pontua que a fragmentação nas ações de continuidade do cuidado tem se apresentado como fator limitante para a consolidação de um sistema de saúde capaz de atender a população com enfoque na prevenção primária e na promoção da saúde que poderiam prevenir em até 80% os casos de agravamento das doenças. Além disso, há uma excessiva especialização dos prestadores de cuidados de saúde e o estreito enfoque de muitos programas que são voltados, apenas, para controle da doença sem expandir

as ações de promoção de continuidade do cuidado aos usuários do sistema e suas famílias (WHO, 2008).

Já na década de 80, no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, obteve capacidade de mobilização por parte da sociedade civil organizada, tornando-se um marco dos princípios da Reforma Sanitária brasileira que influenciou as ações de saúde propostas na Assembleia Nacional Constituinte de 1987. Nela foram introduzidas as diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único, pregando três temáticas principais: “saúde como dever do Estado e direito do cidadão”; “reformulação do Sistema Nacional de Saúde”; e “o financiamento setorial”. Com isso e o processo de redemocratização do país por meio da promulgação da Constituinte de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sua criação efetivada e ratificada pela Lei Complementar nº 8.080/90 (BRASIL, 2003).

Em vista disso, o Brasil passa a ter um sistema público de saúde, composto por um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Tal sistema é baseado em princípios e diretrizes, como: a universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular, instrumentos imprescindíveis para o fortalecimento, a condução e a consolidação da execução das ações em saúde (BRASIL, 1990).

Pensando nos princípios do SUS, a atenção básica norteia várias das ações e criação dos programas de acesso à saúde no Brasil. A Organização Mundial da Saúde define a Atenção Básica como:

“(…)atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (WHO, 2008).

É neste ínterim, que no Brasil, surge o debate e a apresentação de uma política nacional capaz de pôr em prática os princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição Federal, no que diz respeito à minimização da fragmentação do cuidado observada na atenção primária.

Surge assim, em 2006, a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, tendo como norte o Programa Saúde da Família (PSF), surgido em 1994, criado pelo Ministério da Saúde, com o objetivo principal de reorganizar a prática da atenção básica substituindo, o então sistema tradicional, por uma nova orientação do modelo assistencial em atenção básica, levando a saúde para mais perto da família, melhorando a qualidade de vida da população.

Neste contexto, a Atenção Básica, sob a perspectiva da Saúde da Família passa a ter como função principal ser o contato preferencial dos usuários e suas famílias com toda a rede de atenção à saúde. Além disso, a mudança na assistência permite o conhecimento do contexto e da realidade da população de um determinado território, por meio da composição de equipes multiprofissionais. A atuação dessas equipes se dá, principalmente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's), sendo as responsáveis por estabelecerem o primeiro contato da população a um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, por ter território definido e população delimitada, intervindo, assim, nos fatores de risco aos quais as comunidades estejam expostas (BUSS & CARVALHO, 2009).

Observa-se então que um novo modelo assistencial é fator primordial para a organização da atenção primária à saúde no Brasil, pois reconhece a saúde como um direito o que se expressa na melhoria das condições de vida da população, com serviços mais resolutivos, integrais e humanizados (BVS, 2015).

Consoante ao que já foi exposto, a presente pesquisa justifica-se ao investigar como se deu a implementação do modelo da saúde da família no Distrito Federal. Na capital federal, por meio da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, o então Secretário de Estado de Saúde instituiu a Política de Atenção Primária, fundamentada na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Através da Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017, o mesmo Secretário de Saúde regulamenta o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família, estabelecendo que esse se dê de forma gradual, tendo como prioridade as áreas de maior vulnerabilidade social. No ano seguinte, o governo do Distrito Federal sancionou a Lei nº 6.133, de 06 de abril de 2018, estabelecendo a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário de atenção primária no DF.

Para que a estratégia tenha caráter regionalizado e de territorialidade ela foi implantada nas UBS's de algumas regiões brasileiras, incluindo no DF. Dessa forma, para identificar como

estão ocorrendo as ações no âmbito da estratégia, esta pesquisa pretende investigar a implementação na capital federal.

### **1.1 Problema de Pesquisa**

A presente pesquisa busca responder à seguinte questão: “quais fatores foram determinantes para a implementação da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal?”

### **1.2 Objetivos**

#### **Objetivo Geral:**

O objetivo geral do estudo é diagnosticar quais fatores foram determinantes para a implementação da estratégia no DF.

#### **Objetivos Específicos:**

- I) Identificar os fatores determinantes para a implementação da ESF.
- II) Analisar os incentivos da legislação para implementação da ESF.
- III) Verificar se as ações da SES - DF têm possibilitado a consolidação da estratégia.

### **1.3 Justificativa**

Baseado nas questões de territorialidade e regionalização na qual a Estratégia Saúde da Família está inserida, um ponto importante a ser destacado é que sua implementação no Brasil trouxe bons resultados, principalmente em municípios com menos de 100 mil habitantes. Melhorias como cobertura assistencial no curto prazo e acesso da população aos serviços de saúde são alguns pontos a serem destacados. Entretanto, problemas como o baixo quantitativo de profissionais de saúde e gestão administrativa imprecisa são alguns dos fatores que impediam que a estratégia obtivesse melhores resultados. Ademais, implementar a estratégia nas cidades com um quantitativo populacional elevado era ainda mais complexo, visto que há maior desigualdade social, desorganização territorial e ainda “características epidemiológicas mais profundas” (GÖTTEMS et al, 2009).

O sistema de saúde do Distrito Federal, em 2005, podia ser comparado ao das grandes cidades brasileiras. Havia oferta de serviços nos distintos níveis de complexidade de atenção com uma rede própria de assistência à saúde. O quantitativo populacional ultrapassava 2



milhões de pessoas e o DF estava inserido na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE), composta ainda por municípios do estado de Goiás e Minas Gerais. O sistema, dessa forma, absorvia a grande demanda populacional (GÖTTEMS et al, 2009).

No entanto, a cobertura da atenção primária via ESF não podia ser considerada significativa, visto que coexistiam diferentes modelos de atenção à saúde, a saber, o modelo tradicional, o da ESF e Programa de Agentes Comunitários (PACS). Esses dois últimos cobriam juntos cerca de 24% da população, enquanto o modelo tradicional se encarregava do restante. Entretanto, o modelo tradicional apresentava limitações substanciais, em especial, no que diz respeito à continuidade do cuidado dos usuários (GÖTTEMS et al, 2009).

A assistência básica à saúde deve ser o primeiro contato dos usuários com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, definidos pela Política Nacional de Atenção Básica (SAÚDE E SOCIEDADE, 2018).

A conversão do modelo de Atenção Primária à Saúde no DF começou em 15 de fevereiro de 2017, com a publicação das Portarias nº 77 e 78, que estabeleceram a Política de Atenção Primária à Saúde do DF e disciplinaram o processo de conversão da Atenção Primária ao modelo da Estratégia Saúde da Família (DF, 2018).

Ainda em 2017, com a mudança do modelo tradicional de atenção à saúde para a estratégia saúde da família, o Distrito Federal conseguiu atingir cerca de 69% de cobertura populacional de atenção à saúde, alcançando assim, mais de 2 milhões de habitantes. Em janeiro do mesmo ano, o DF contava com 277 equipes de saúde da família. Pouco mais de um ano depois, foram criadas mais 272, totalizando, em fevereiro de 2018, 549 equipes, das quais 322 já constavam no cadastro do Ministério da Saúde. Cada uma das equipes era responsável por cerca de 3.750 usuários, localizados em um território específico (DF, 2018).

E já que se tem falado sobre uma comunidade localizada em um determinado lugar, se faz necessária a apresentação e a discussão sobre território. Território este que se torna primordial para as ações da estratégia saúde da família.

Em um primeiro momento, conforme afirma Grácia Maria de Miranda Gondim et al (2008), os espaços podem ser compreendidos como “conjuntos de territórios e lugares onde

fatos acontecem simultaneamente, e, suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes”.

Uma cidade é capaz de produzir espaços distintos. O espaço que é produzido socialmente se transforma em “um território que exerce pressões econômicas e políticas sobre a sociedade, criando condições particulares para sua utilização por cada ator social” (GONDIM, 2008).

Gondim et al, ao longo da obra “O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização”, discutem que:

O território é também um espaço, porém singularizado: sempre tem limites que podem ser político-administrativo ou de ação de um determinado grupo de atores sociais; internamente é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção, e o mais importante, é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, das agências e de seus cidadãos. Daí sua importância estratégica para as políticas sociais públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidade da população que o habita e o produz socialmente (GONDIM et al, 2008).

Os sistemas de saúde também se organizam com base no território. Sendo assim, os serviços são distribuídos delimitados às áreas de abrangência de cada um desses territórios, observando a capacidade de ofertá-los e a complexidade das ações de atenção (PEREIRA et al, 2006).

Na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 que versa sobre as diretrizes estratégicas do SUS, percebe-se a relação dessas com o território. Para Pereira et al, quando há a delimitação de território para a ação e efetivação das práticas de saúde, essas conseguem alcançar a “interação população-serviços no nível local” e a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as soluções para os problemas de saúde local sejam buscadas olhando as condições de vida dessas populações (PEREIRA et al, 2006).

(...) a organização desses serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de postos de saúde” (PEREIRA et al, 2006)

Martha Priscila Bezerra e Pereira et al (2006), trazem na obra “O território no programa de saúde da família”, discussões sobre o território no âmbito da saúde. Para os autores, o território é capaz de produzir interação entre a população e os serviços a “nível local”, em que a população específica que ali vive, têm também problemas de saúde específicos e

característicos somente daquele lugar, com um espaço de interação com os gestores e profissionais prestadores dos serviços de saúde próprios daquela comunidade. Esse espaço, portanto, se constrói e se reconstrói constantemente.

(...) o território também é o resultado do acúmulo de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde orientado por categorias de análise de cunho geográfico. Esse reconhecimento é realizado através da observação das condições criadas no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação para o exercício da política e das crenças, para o lazer e como condição de vida (PEREIRA et al, 2006)

Desta maneira, a presente pesquisa se destaca pela importância para a sociedade na compreensão tanto do Sistema Único de Saúde como da Estratégia Saúde da Família, que está caracterizada na atualidade como a porta de entrada no sistema no Distrito Federal.

## 2) REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir, a fundamentação teórica da presente pesquisa se dá em torno do conceito de políticas públicas, no campo geral, bem como seus ciclos com enfoque à implementação. Além disso, traz uma perspectiva sobre arranjos institucionais e modelo de gestão que serão importantes para a discussão proposta.

### 2.1 Política Pública

A política pública enquanto área do conhecimento nasce nos Estados Unidos na primeira metade do século XX. Os Estados Unidos, devido à tradição liberal, se preocupou em dar mais racionalidade às ações do governo. Tais ações buscavam solucionar os problemas sociais, rompendo as tradições europeias de estudos e pesquisas nesta área, que se concentravam mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção dos governos (SOUZA, 2006).

Na Europa, a área de políticas públicas surge por meio das teorias explicativas sobre o papel do Estado e, sobretudo, do governo, como produtor de políticas públicas (SOUZA, 2006). Já nos Estados Unidos o campo de estudos das políticas públicas dá seus primeiros passos por volta de 1930, período em que aquele país se adaptava para conseguir superar a crise econômica. Assim, as ações objetivavam solucionar os problemas sociais que surgiram nesse período. Em 1936, Harold Lasswell publica seus primeiros trabalhos na área da análise de políticas públicas trazendo uma abordagem científica sobre as ações dos governos. Ademais, principia a expressão *policy analysis* (análise de política pública), “como forma de conciliar conhecimento científico - acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo” (SOUZA, 2006).

Não há consenso entre a definição sobre o que seja política pública. Entretanto, Thomas Dye, em 1984, propôs que política pública é “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. Ele deixa claro que as políticas vão além da centralidade pautada nos governos. Como afirma Agum, Riscado e Menezes (2015), a posição do governo de “não se fazer nada” mediante um dado problema, pode ser considerado uma maneira de produzir políticas públicas.

Anterior à Dye, a definição cunhada por Lasswell e também muito utilizada no campo de estudos das políticas públicas, surge em forma de provocação. A definição proposta por ele impacta diretamente no processo da tomada de decisão e da análise das políticas públicas, pois levanta questionamentos sobre quem ganha o quê, por quê e que diferença isso fará (SOUZA,

2006). Isso nos leva a analisar o processo de forma que tais questionamentos nos permite adentrar no contexto político e administrativo que envolve a construção das políticas públicas.

Consonante ao exposto, as definições de políticas públicas guiam o nosso olhar para os governos, pois é o local em que os embates em torno de interesses, preferências e ideias se desenvolvem. Apesar de optar por abordagens diferentes, as definições de políticas públicas assumem uma perspectiva de que é preciso olhar o conjunto das discussões e decisões como um todo e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses, são fundamentais nesse processo, mesmo que existam diferenças de interesses destes fatores (SOUZA, 2006).

Do ponto de vista conceitual, a política pública, e aqui se encaixa a política social, é um campo multidisciplinar com foco na explicação da natureza da política pública e nos processos, em conformidade com a sistematização de teorias construídas no campo das ciências humanas. As políticas públicas impactam em todas as áreas do Estado, não se limitando apenas aos atores envolvidos no processo decisório. Por isso qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade (SOUZA, 2006)

A política pública pode, então, de forma bem geral, ser resumida como o campo do conhecimento que coloca o governo em ação e ao mesmo tempo propõe mudanças na execução dessas ações. Se considerarmos o ciclo de políticas públicas, a formulação dessas políticas constituiria a fase em que os governos democráticos manifestam seus interesses e propósitos em ações e programas que irão produzir resultados na sociedade (SOUZA, 2006)

## **2.2 Ciclo de políticas públicas**

A política pública (*public policy*) é elemento central na gestão pública. Através dela os problemas sociais, econômicos, políticos, culturais e etc podem obter respostas e soluções. A partir dela também os gestores, compondo a arena política, tomam decisões, ou não, no sentido de elaborar estratégias que irão guiar a gestão. Nesse sentido, a política é um fenômeno complexo, no qual, as decisões são tomadas por atores do próprio governo, mas sobretudo com a influência de agentes externos ao Estado, os chamados grupos de pressão, que podem ser empresários, sindicatos e etc, os quais, envolvidos na arena política têm grande impacto no processo da política pública (WU et al, 2014).

Percebe-se que o processo de produção de políticas públicas (*policy-making*) é, por vezes, irracional, com falhas e (des)coordenado entre os níveis de governo e os próprios

“fazedores de políticas” (*policy-makers*) (Wu et al, 2014). É preciso, então, que esses sejam capazes de entender a complexidade do processo de políticas e da consequente tomada de decisão, a fim de encontrarem soluções e alcançarem resultados (WU et al, 2014).

Para Howlett, Ramesh e Perl (2013), o processo da política pública é político-administrativo. Nesse cenário, os atores têm o papel de unir os objetivos políticos com os meios políticos. Ou seja, é preciso que os problemas sejam identificados e que encontrem soluções, “por mais imperfeitas que sejam”. No que tange a esse processo, existem duas dimensões: a técnica e a política. Aquela tenta encontrar uma “relação ótima entre os objetivos e instrumentos, pois alguns instrumentos são mais adequados do que outros para lidar com os problemas”. Enquanto que a dimensão política aponta que “nem todos os atores estão de acordo com o que constitui um problema político (*policy problem*)”. Para os diferentes atores que se envolvem no processo o conceito de problemas e soluções são distintos, seja pela forma como os atores encaram o processo, seja pelos princípios, valores e normas que cada um carrega consigo.

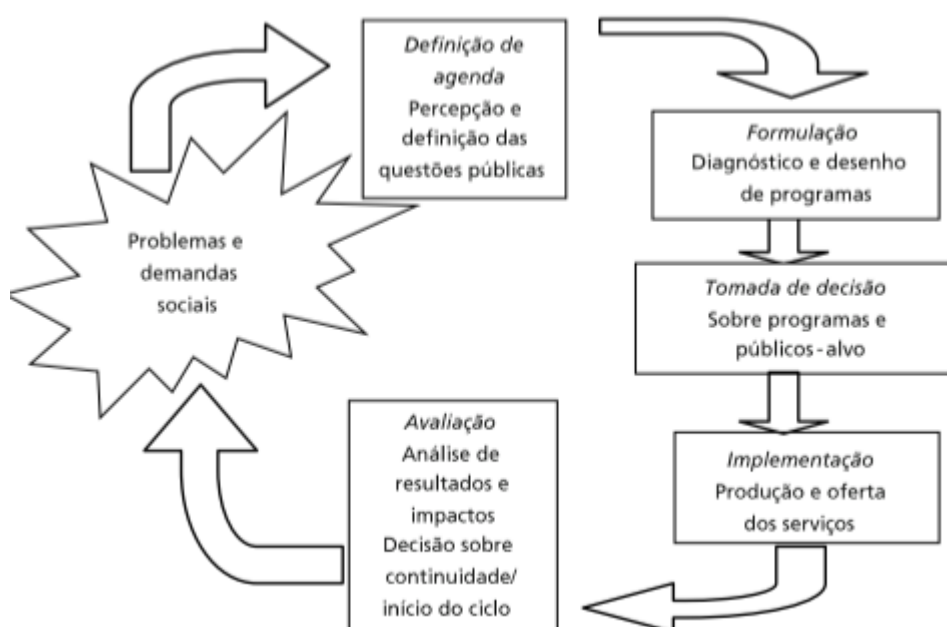
Ainda no bojo das ideias dos autores acima, eles vão encarar o ciclo de política pública como um conjunto de etapas, que se interrelacionam e que funcionam de forma sequencial, de forma que os problemas entrem no processo e como resultado saem as políticas públicas. Por isso, eles vão dizer que o ciclo é o modelo de resolução aplicada do problema e que esse modelo está relacionado com os cinco estágios do ciclo. Na fase I há o reconhecimento do problema; na II são elaboradas as propostas de solução; na III há a escolha da melhor solução; a IV é a efetivação da solução e a V é a monitoração dos resultados.

Consonante a isso, para Souza (2006), “a tipologia ciclo de políticas públicas enxerga a política pública como um ciclo deliberativo formado por diferentes estágios, constituindo um processo dinâmico e de aprendizagem”. O ciclo é composto por estágios, às vezes com mais ou menos etapas, que, de modo geral, compreende: a definição ou montagem da agenda, a formulação de políticas, a tomada de decisão, a implementação e avaliação da política.

Nascimento (1991 *apud* De Martino Jannuzzi, 2011) evidencia que o recorte do ciclo em estágios “se presta aos objetivos de evidenciar, ao longo do processo, ênfases diferenciadas no planejamento, operação ou avaliação da política ou programa e orienta o recorte analítico na pesquisa acadêmica”.

Na primeira etapa do ciclo, definição da agenda, é possível reconhecer uma questão social como um problema público e que necessita de uma solução, por meio da ação governamental, ou seja, há a legitimação do problema na agenda pública. Na segunda etapa, formulação da política, é possível a construção de possíveis soluções em resposta ao problema que foi apresentado na agenda. A etapa seguinte, tomada de decisão, é um processo político técnico decisivo em que é preciso escolher, ou não, uma ou mais das alternativas antes formuladas. A implementação já é a efetivação da ação governamental, com alocação de recursos e desenvolvimento dos processos de consolidação da política ou programa. E por fim, se faz necessária a avaliação das ações, analisando se as diretrizes estão seguindo o rumo da solução do problema inicialmente apresentado. Nessa etapa é preciso avaliar se mudanças ou adaptações precisam ser feitas, seja na formulação, seja na descontinuidade da política, caso o problema tenha saído da agenda, para garantir a efetividade da política (DE MARTINO JANNUZZI, 2011).

**Figura 1-** Ciclo de Políticas Públicas



**Fonte:** Jann e Wegrich (2007 *apud* De Martino Jannuzzi, 2011)

### 2.3 Implementação de política pública

Compondo um dos estágios do ciclo de políticas públicas é na implementação que os objetivos políticos e a solução escolhida são colocados em prática. Aqui os recursos são

destinados e os conhecimentos empregados com o intuito de transformar as decisões políticas em ações concretas (LOTTA, 2019).

Esta fase depende de agentes públicos para construir e gerir as ações. Entretanto, para Howlett, Ramesh e Perl (2013), atores não governamentais podem participar da implementação de políticas e programas, o que pode até ser um ponto positivo, vide o exemplo da Suécia, apontado por eles, em que tais atores atuaram na implementação direta de programas sociais importantes para o país, embora esses não participem da administração e da gestão de políticas, mas sim no *design* e na avaliação.

Se no processo de tomada de decisão os atores compunham um grupo pequeno de decisores, aqui há uma expansão nos atores interessados na implementação das ações.

(...) os subsistemas políticos passam então a dar uma importante contribuição à implementação na medida em que seus participantes aplicam conhecimento e valores para dar forma ao lançamento e à evolução dos programas de implementação das decisões políticas (HOWLETT & RAMESH & PERL, 2013).

Igualmente, nesta fase os burocratas se tornam atores centrais, pois são capazes de trazer conflitos, interesses e ideais, intergovernamentais e organizacionais, para dentro do processo e assim gerar novos *insights* para guiar as diretrizes e ações da política (HOWLETT & RAMESH & PERL, 2013).

Os arranjos institucionais também são expandidos, de forma a permitir que diferentes órgãos de níveis diferentes de governo se envolvam na implementação, cada um trazendo seus interesses particulares, afetando os processos e dando forma ao que se pretende alcançar (HOWLETT & RAMESH & PERL, 2013).

Ao longo dos estudos sobre implementação de políticas públicas, percebe-se que essa etapa já passou por quatro gerações na literatura. Por volta dos anos 1970 surgia uma forte preocupação em entender o momento posterior ao da política pública posta em prática que modificava os resultados antes desenhados. Essa concepção vinha da ideia de que as decisões deveriam ser absolutamente tomadas apenas por políticos eleitos, o que “garantiria” democracia no processo e não pelos burocratas que, para os pensadores dessa linha, poderiam subverter o processo. Essa concepção foi chamada de top-down (de cima para baixo), ou seja, “essas análises se voltavam a encontrar os erros (ou “gaps”) de implementação e corrigi-los” (LOTTA, 2019).



(...) os autores dessa perspectiva vão concluir que as políticas falham sistematicamente porque a implementação não segue a formulação, seja porque objetivos são muito abrangentes e ambíguos, seja porque há muitos atores e valores distintos envolvidos na implementação. A saída, portanto, seria aumentar definição e clareza de objetivos e aumentar controle de quem os executa (PRESSMAN; WILDAVSKY, 1973; GUNN, 1982; SABATIER; MAZMANIAN, 1979; BARRETT, 2004 *apud* LOTTA, 2019).

Em oposição, por volta dos anos de 1980 uma nova abordagem de análise da implementação surge. É a chamada análise *bottom-up* (de baixo para cima). Aqui os autores adeptos dessa linha entendem que diversos atores e processos compõem a política pública e que o processo de decisão é inerente. Mas, nem por isso podemos dizer que as políticas são falhas. Eles entendem que a fase da implementação é apenas uma parte de um todo. Nem tudo é possível controlar ou prever. Nesse sentido, a política pública, vista de baixo para cima, é capaz de ampliar os horizontes e perceber o que, de fato, acontece no momento da implementação, por exemplo, ao analisar o que acontece dentro de uma unidade básica de saúde (LOTTA, 2019).

(...) a abordagem bottom up está preocupada em compreender a “política como ela é”, como foco no que de fato acontece, sem preocupação nem com a legitimidade nem com a conformidade. O olhar central é para descrever e analisar processos complexos e a performabilidade, resultado, deles (ELMORE, 1979; HJERN; PORTER, 1981; BARRETT, 2004; BARRETT; FUDGE, 1981 *apud* LOTTA, 2019).

É por meio dessa abordagem que os atores envolvidos na implementação das políticas públicas começam a ganhar destaque. São os chamados burocratas de nível de rua. Com esse olhar começa-se a se perceber que na implementação também há um processo de decisão acontecendo e perceber isso é fundamental para analisar tais políticas públicas (LOTTA, 2019).

## **2.4 Arranjo institucional e modelo de gestão**

Nas últimas décadas, observou-se um movimento de inovações nas políticas públicas implementadas no Brasil. Os chamados arranjos institucionais complexos trouxeram uma nova perspectiva para a solução de problemas públicos, uma vez que sustentam que a gestão pública deve buscar se orientar por “objetivos concretos de solução de problemas específicos” que assegurem a utilização de novos modelos de gestão, tendo como base as experiências práticas e a agregação de atores novos no processo (LOTTA & VAZ, 2015).

Não à toa esse movimento de inovação consegue incluir os entes federativos na coordenação das políticas públicas, num processo em que o governo federal constrói “sistemas, planos ou programas nacionais”, incentivando os demais entes, estados e municípios a

executarem essas ações. Além disso, esse movimento busca intersetorializar o processo, agregando distintos setores na construção de soluções de problemas públicos intersetoriais e ainda inclui novos atores na “tomada de decisão e na execução das políticas públicas”, como por exemplo, organizações não governamentais (LOTTA e VAZ, 2015).

Desse modo, é percebida uma transformação nos arranjos institucionais que migram de “um modelo de gestão hierarquizado, funcional e setorial para um modelo transversal, intersetorial, sistêmico, participativo, com visão de problemas e voltado ao alcance de resultados” (LOTTA e VAZ, 2015).

Trazendo para a implementação de políticas públicas, objeto da pesquisa, a discussão sobre os arranjos institucionais nessa fase diz respeito à identificação “de atores responsáveis pela execução, como eles foram envolvidos antes no que foi planejado, como se dá a forma de repasse de recursos, a lógica dos incentivos e induções, o papel dos diversos entes federativos e suas relações” (LOTTA e VAZ, 2015).

Assim sendo, no caso do SUS, há a “lógica de incentivos e induções” quando se busca que os estados e municípios executem as ações propostas no âmbito nacional e, para isso, há repasses de incentivos financeiros ou outro tipo de recurso, por meio de convênio entre os entes subnacionais e o ente federal ou “repasses fundo a fundo”. Além disso há o envolvimento de outros atores de forma que as responsabilidades sejam compartilhadas garantindo “intersetorialidade e integralidade na implementação” (LOTTA e VAZ, 2015).

### 3) MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Este presente estudo se propõe a investigar a Estratégia Saúde da Família, que é parte integrante da Política de Atenção Primária do DF, que reorganizou o sistema de assistência à saúde na capital federal, tornando a atenção básica porta de entrada dos usuários ao SUS, garantindo acolhimento e continuidade nos atendimentos, reforçando a atenção integral, equânime e contínua.

De acordo com o sítio do Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família objetiva reestruturar a Atenção Básica, levando em consideração os preceitos do Sistema Único de Saúde e é considerada uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica. Tal estratégia possibilita reorientar o processo de trabalho visando o aprofundamento nos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas.

As equipes multiprofissionais são compostas por médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade, enfermeiros generalistas ou especialistas em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (MS, 2020).

Por ser uma estratégia com caráter territorialista, cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, respeitando os critérios de equidade para essa definição. O número de pessoas por equipe deve considerar o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (MS, 2020).

Nesse sentido, o presente estudo é descritivo onde busca-se examinar um fenômeno como a implementação da Estratégia de Saúde na Família, buscando descrevê-lo de forma integral (MATIAS-PEREIRA, 2016). Trata-se de uma pesquisa qualitativa e explicativa buscando explicar o porquê das coisas, segundo Matias-Pereira (2016), visando identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência do fenômeno.

Quanto ao ponto de vista de procedimento técnico é uma pesquisa ex post facto, uma vez que o experimento se realiza depois dos fatos. Considerando as legislações, programas e práticas esta análise busca compreender como se deu a implementação da política de saúde, quais fatores a impulsionaram e analisar os incentivos dentro da ESF no DF.

Para a análise de dados será executada uma análise de conteúdo, com vistas a buscar e a fazer com que os dados e os documentos encontrados possam trazer respostas ao problema proposto. Serão utilizadas fontes secundárias para coleta de informações, pesquisa e análise, à saber: relatórios da Organização Mundial da Saúde que versem sobre o tema, dados disponibilizados pela SES-DF e pelo Ministério da Saúde, documentos constantes na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde que versam sobre o SUS, a estratégia Saúde da Família, os princípios do Sistema de Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica.

Para a verificação do conteúdo legal, juntamente dos pontos importantes em referência ao tema pesquisado, a seguinte matriz será aplicada:

Legislação	Arranjo institucional	Modelo de Gestão	Sistema de incentivo
------------	-----------------------	------------------	----------------------

Aqui arranjo institucional diz respeito aos atores envolvidos na construção da legislação; modelo de gestão trata das estratégias que foram aplicadas dentro da legislação para obter os resultados e sistema de incentivo trata dos mecanismos utilizados para implementar a política.

Será realizada a análise por meio de dados secundários disponibilizados pela SES - DF para a mensuração da implementação da ESF com um comparativo de sua progressão.

## 4) ANÁLISES

### 4.1 Marcos legais das políticas públicas na atenção primária

Para maior entendimento e esclarecimento sobre o objeto a ser estudado, bem como para ampliar o estudo sobre política pública em saúde, se faz necessária a contextualização sobre alguns marcos legais que envolvem a questão da saúde pública no Brasil e no DF. Assim, esta seção se preocupa em discutir, de modo geral, sobre o Sistema Único de Saúde do Brasil, suas políticas e programas com o intuito de estruturar uma análise crítica do presente objeto de pesquisa, apresentando os conceitos e contextualizações sobre o SUS, a Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família.

#### 4.1.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

A saúde é uma questão que tem ocupado o centro das atenções de muitas pessoas, governos, empresas e comunidades. Além de corresponder a um estado da vida, isto é, a um modo de levar a vida, a saúde compõe um setor da economia onde se produzem bens e serviços (PAIM, 2009).

A sociedade espera que o setor saúde cuide das pessoas e das populações, mediante ações individuais e coletivas. Na medida em que a saúde tem sido reconhecida como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, o propósito almejado é que as pessoas possam ter uma vida com qualidade (PAIM, 2009).

Hannah Arendt (1987) lembra que a cidadania, sendo o "direito a ter direitos", é produtora de um espaço público de igualdade entre os indivíduos enquanto cidadãos. Pode-se acrescentar a esta ideia, o que Barros e Sousa (2016) inferem em sua obra "Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS", que:

(...) Os direitos sociais, como o direito à saúde, estabelecem um marco de ampliação da cidadania nas sociedades modernas, visto que, ao contrário dos direitos individuais civis e políticos, exigem a intervenção do Estado e incorporam novos princípios ao desenvolvimento de padrões de cidadania, em particular formas diferenciadas de compreender o significado de "satisfazer um nível decente de bem-estar e seguridade econômica e social". O princípio de igualdade que orienta a cidadania desdobra-se no princípio da universalidade das regras de distribuição (princípios universalistas de justiça). Esse ideal de universalidade tende à homogeneização, como parte da vontade geral, e acaba por diluir as diferenças, o que definitivamente prejudica grupos de cidadãos menos favorecidos (BARROS & SOUSA, 2016. p.10).

O SUS está vinculado à ideia de que todas as pessoas, enquanto cidadãs, têm direito à saúde. Tal direito é independente de qualquer fator ou condição social, econômico dentre outros. O Sistema Único de Saúde pressupõe que a sociedade se guie pela solidariedade e democracia, sem discriminações ou privilégios, prevalecendo valores de igualdade e equidade (SILVA, 2016).

No período anterior à CF-88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social. Cerca de 30 milhões de pessoas tinham acesso aos serviços hospitalares, ao passo que os demais cidadãos recorriam às entidades filantrópicas que prestavam serviços de saúde (FIGUEIREDO, 2012). Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que institui que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, ela passa a ser reconhecida como um direito social, isto é, inerente à condição de cidadão, cabendo, portanto, ao Poder Público o papel de garanti-la (SILVA, 2016).

O SUS representa a concretização de uma nova concepção acerca da saúde no Brasil. Anteriormente a saúde era entendida como “o estado de não doença”, o que fazia com que as ações e os serviços fossem voltados para a cura de agravos à saúde, significando tratar aquele problema pontual sem identificar as causas por trás dele. Essa nova concepção centrou-se na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Dessa forma, a saúde, então, passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, sendo composta pelo “conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e etc” (BRASIL, 2000).

Sendo o sistema de saúde mais complexo do mundo, o SUS consegue abranger atendimentos de baixa, média e alta complexidade, proporcionando acesso gratuito, integral e universal para toda a população. O Sistema Único de Saúde ainda possibilita a atuação de subsistemas municipais e estaduais. A integralidade das ações e serviços de atenção à saúde é desenvolvida conjuntamente, ou seja, estados e municípios são organizados em Redes de Atenção à Saúde (RAS), “regionalizadas e hierarquizadas” (BRASIL, 2000). Tais redes foram preconizadas no decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou o Sistema Único de Saúde, tendo por finalidade a organização das ações e serviços de saúde, formando “arranjos de distintas densidades tecnológicas” buscando a integração daqueles por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. A implementação da Rede conduz todo o sistema para garantir “eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS”. Com o

propósito de se fazer cumprir as ações integrais, somente a ideia da construção da rede não é necessária. A concretização dela tem que passar, necessariamente, pela construção permanente nos territórios “que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde” (MS, 2010)

O SUS tem ênfase nos municípios por ser o ente que tem seu atendimento integral voltado à população local (BRASIL, 2000). Entretanto, a gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa envolvendo todos os entes da federação: União, estados, municípios (CONASS, 2003).

A gestão do sistema é conjunta e pautada na distribuição de competências entre esses entes, que devem definir os mecanismos para controle e avaliação dos serviços de saúde. Devem também fazer monitoramento sobre o nível de saúde da população, executar os recursos financeiros necessários para o bom desempenho das ações, bem como fazer planejamento e promover articulação entre as políticas e demais ações de fortalecimento da saúde.

O SUS permite que a área de saúde seja democrática, agregando também a participação social na construção das ações. A participação social pode ser percebida pela composição e funcionamento dos Conselhos de Saúde presentes nos municípios, estados, no Distrito Federal e na União. Esses conselhos são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo que consubstanciam a participação da sociedade na administração do SUS, fomentando o controle social do Sistema. Importante ressaltar que a participação da comunidade usuária, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços de saúde fazem o funcionamento do conselho ser obrigatório, uma vez que é uma instância privilegiada na discussão da política e dos rumos da política de saúde (BRASIL, 2000).

Os entes federados, enquanto gestores, desenvolvem mecanismos de negociação e pactuação das políticas adotadas na saúde, de forma integrada e contínua e isso faz do SUS um sistema descentralizado (BRASIL, 2000). Sendo assim, pode-se observar a formação de Comissões Intergestoras Bipartites (CIB's), que são foros de negociação e pactuação entre gestores estaduais e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que é o fórum nacional e inclui gestores dos três entes. A CIT é composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

(CONASEMS). As CIB's, são compostas pelos representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) (BRASIL, 2001).

O SUS está em constante processo de aperfeiçoamento. A promoção da saúde à população sempre sofrerá transformações, pois, como se observa, as sociedades são dinâmicas e estão sempre em fase de mudanças. Com o tempo surgem novas tecnologias as quais devem ser incorporadas no sistema de saúde, melhorando a prestação dos serviços e a construção de ações. Da mesma forma, é constante o surgimento de novos agravos à saúde que carecem de novas formas de cuidado (BRASIL, 2000).

#### **4.1.1.1 Dos princípios**

##### **Equidade**

Este princípio orienta as políticas de saúde pública brasileira, identificando necessidades de populações específicas e desempenhando o papel de minimizar as discrepâncias em saúde, sejam elas sociais, políticas, econômicas, culturais. No SUS a equidade é percebida no direcionamento de atendimento das necessidades dos indivíduos, uma vez que permite uma maior atenção a quem mais precisa. Assim, o direito à saúde perpassa as diferenças sociais e ampara a diversidade.

No que diz respeito ao conceito de equidade, verifica-se um primeiro momento de sua formulação com a incorporação da questão da justiça enquanto direito, ou seja, há a incidência de juízo de valor atribuído a ele. Sendo assim, o conceito de equidade deriva do conceito de igualdade, porém na equidade há o reconhecimento das diferenças. Desse modo, na igualdade há a "distribuição homogênea" de serviços ou bens. Já a equidade assume que as pessoas são diferentes e com necessidades diferentes. Por isso, entende que a distribuição de bens ou serviços se deve dar de forma heterogênea (SCOREL, 2009).

O princípio da equidade reafirma que essa necessidade deve dar-se também por meio das ações e dos serviços de saúde, pois as disparidades regionais e sociais do Brasil ainda são marcantes. Daí a importância de se ter ações na saúde que propiciem a melhora das condições de saúde da população, como a implementação da estratégia Saúde da Família que impacta diretamente na vida da população local. A incorporação tecnológica, o investimento estratégico e prioritário atua no combate de situações agudas ou extremas, fortalecendo os serviços e as ações voltadas à atenção básica (BRASIL, 2000).



## **Universalidade**

Segundo esse princípio a saúde é um direito de todos e é dever do Poder Público a provisão de serviços e de ações que lhe garanta. Entretanto, a universalização não diz respeito somente à garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde. Ela, na verdade, coloca o desafio de ofertar esses serviços e ações a todos que necessitam (BRASIL, 2000).

Com esse princípio é possível romper com o modelo assistencial de saúde do Brasil antes da Constituição Federal de 1988, que somente oferecia serviços de assistência à saúde aos trabalhadores formais ligados à previdência. Com o SUS a saúde é um direito e, portanto, deve atender a todos “independentemente de raça, renda, escolaridade, religião ou qualquer outra forma de discriminação” (MATTA, 2009).

O acesso universal, eficiente, eficaz e efetivo aos serviços e às ações de saúde está em constante processo de construção. Alguns indicadores, como por exemplo, oferta de consultas médicas e aumento da cobertura de vacinação, nos permite observar que a cobertura e a oferta da prestação do serviço e das ações vêm se ampliando (BRASIL, 2000).

## **Integralidade**

A integralidade em saúde pode ser entendida, conforme Pinheiro e Mattos (2006), de três formas. A primeira delas se refere à integralidade como “traço da boa medicina”. Nesse viés, a integralidade é associada à forma como o profissional conduz o tratamento do paciente olhando para além do problema ali posto, ou seja, o profissional enxerga as externalidades em que o indivíduo está inserido.

Tem-se também a integralidade “como modo de organizar as práticas”, que se refere à organização dos serviços e das práticas de saúde, em que seria possível reduzir a fragmentação das atividades das unidades de saúde. Sendo assim, haveria maior articulação para identificar e perceber situações de saúde específicas da comunidade (PINHEIRO & MATTOS, 2006).

Por fim, a integralidade como formuladora de “políticas especiais” voltadas para atender as necessidades de um grupo específico ou dar respostas a determinados problemas de saúde. Podemos incluir nessa terceira explicação os projetos e ações direcionados aos jovens, às mulheres, aos idosos, aos portadores do HIV, à saúde indígena e a tantos grupos carentes de atenção específica (BRASIL, 2000; PINHEIRO & MATTOS, 2006).

Nesse sentido, a estruturação de redes hierarquizadas, com níveis distintos de complexidade de serviços são fundamentais para a concretização da integralidade em saúde, uma vez que será possível humanizar e racionalizar todo o sistema de saúde, aumentando o nível de resolutividade dos problemas e capacidade de atendimento da demanda (BRASIL, 2000).

#### **4.1.2 Atenção Básica na Saúde**

A atenção básica, primeiramente, veio como um modelo de organização do sistema de saúde inglês que buscava uma mudança da atenção individual que se tornava insustentável naquele contexto devido aos custos elevados, ao aumento da complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade dos problemas de saúde. Propunha, assim, a construção de centros de saúde primários, que se organizariam de forma regionalizada com o objetivo de resolver os problemas de saúde que necessitavam de cuidados não muito complexos (MATTA & MOROSINI, 2009).

Essa nova concepção gerou mudanças nos sistemas de saúde do mundo como um todo, atrelando duas características essenciais à APS: a regionalização, com a organização dos serviços em todas as regiões do país, com distribuição “a partir de bases populacionais” e identificação das necessidades específicas daquela região; e a integralidade, unindo ações “curativas e preventivas” (MATTA & MOROSINI, 2009).

Segundo o portal do Ministério da Saúde, a atenção básica é:

(...) o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Este trabalho é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Unidades Básicas de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas Academias de Saúde (MS, 2017?).

No Brasil, a atenção básica é composta por três diferentes equipes. São elas: equipes de saúde da família (eSF) e de família ribeirinhas e fluviais; Núcleos de Apoio às equipes de Saúde da Família (NASF) compostos por profissionais de distintas áreas que exercem a função de qualificação do atendimento, “visando à ampliação da clínica e mudança das práticas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida para as comunidades”; e equipes de Consultório na Rua, também multiprofissionais que atendem a população em situação de rua. Ambas as equipes, pautadas no princípio da territorialidade, atendem comunidades específicas,

com necessidades e características distintas, preservando o cuidado e a responsabilidade sanitária (MS, 2017?).

(...) as equipes utilizam tecnologias de cuidado complexas e de baixa densidade (ou seja, mais conhecimento e pouco equipamento), que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Observam critérios de risco, vulnerabilidades, resiliência e o imperativo ético de que se deve acolher toda e qualquer demanda, necessidade de saúde ou sofrimento (MS, 2017?).

A proposta dela é ser o primeiro momento de contato dos usuários ao sistema público de saúde. É orientada por princípios, diretrizes e fundamentos como a universalidade, a acessibilidade, a humanização, a equidade e a participação social (MS, 2017?).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) exercem papel fundamental nas ações da atenção básica, pois é nelas que as equipes atuam. Dessa maneira, é possível desenvolver uma Atenção Básica à Saúde descentralizada e capaz de se expandir pelos territórios, ficando mais próxima das comunidades, bem como construindo a interação e colaboração mútua entre os profissionais que atuam junto às UBS's e a população (BRASIL,2001).

Para os fins deste trabalho e de entendimento sobre a atenção básica, o conceito de atenção básica (AB) e atenção primária à saúde (APS) podem se convergir e, assim, são caracterizadas como

(...) 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 (SES, 2017).

A Atenção Básica deve enxergar o usuário na sua particularidade e o entender como um sujeito imerso em um ambiente sociocultural próprio que é complexo e, portanto, a busca pela promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como a minimização de danos e sofrimentos é primordial para melhora do modo de vida do usuário (MS, 2011)

#### **4.1.3 Política Nacional de Atenção Básica**

A Política Nacional de Atenção Básica resulta da consolidação das experiências de atores que se envolveram para construir, desenvolver e consolidar o Sistema Único de Saúde, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das esferas de governo. Na

política estão embasadas o desenvolvimento de ações que direcionam a gestão, a questão sanitária e a participação social democrática (BRASIL, 2012).

Através da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde aprova a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica.

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;  
Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;  
Considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros;  
Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;  
Considerando a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis;  
e considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 23 de março de 2006,  
R E S O L V E: Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes.

Em 2006 essa primeira PNAB possibilitou a ampliação do conceito de atenção básica ao determinar características da atenção primária e também reconheceu à estratégia Saúde da Família como modelo que reorganizaria a assistência à saúde. Do mesmo modo também estipulou novas funções para as unidades básicas de saúde e admitiu que existiam diferentes modelos de atenção à saúde presentes na atenção básica (MELO et al, 2018).

A referida portaria ainda dispunha sobre os fundamentos e as diretrizes que permeiam a Atenção Básica. Ela aponta a i) delimitação do território como espaço fundamental para o planejamento e desenvolvimento das ações de saúde; ii) garantia do acesso universal e contínuo; iii) registro dos usuários e desenvolvimento do vínculo entre a população e os profissionais; iv) integralidade no cuidado com vistas à execução das ações programas e também de demandas espontâneas e v) participação social na construção da identidade do território.

Cinco anos depois, em 2011, apesar dos avanços da estratégia, ainda se observava problemas como a falta de uma estrutura adequada para atuação dos profissionais, baixo financiamento, a confusão dos modelos de assistência e baixa adesão de profissionais para atuarem na atenção básica.

Tudo isso levou à reflexão sobre a edição de uma nova política nacional. Nesse contexto, a nova edição da PNAB possibilitou a reforma e informatização das UBS's com o Programa

Requalifica UBS, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o Programa Mais Médicos (PMM) e a implementação do e-SUS AB, um sistema informatizado para controle de prontuário no formato eletrônico. Ainda nesta segunda edição foram construídas equipes de saúde para atuarem nas comunidades específicas, como ribeirinhos e população em situação de rua.

Com o Brasil vivenciando fortes instabilidades políticas e econômicas ao longo de 2014 e 2015 e o surgimento de pensamentos mais privatistas na arena política, o SUS perdeu força com o baixo financiamento para os programas, em especial aqueles vinculados à AB.

(...) Nesse período, o então ministro da saúde adotou o discurso de eficiência econômica, defendeu a criação de planos privados populares de saúde, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar (MELO et al, 2018).

Nesse cenário, em 2017, uma nova edição da PNAB é pensada, porém é vista por muitos defensores do sistema público e gratuito, como um princípio do desmonte do SUS e da AB. Ainda que o texto mantém a corresponsabilidade entre os entes e a garantia de autonomia dos gestores, isso só seria possível com a transferências de recursos necessários para a efetivação das ações, o que pela literatura e pela análise da conjuntura política que vem se instalando no Brasil não será possível, visto que tem sido posto limites rígidos para a transferência desses recursos. Além disso, pode-se, de forma geral, dizer que a PNAB de 2017 induz à “diminuição de agentes comunitários e priorização da atenção básica tradicional em detrimento da ESF”, uma vez que abre espaço para flexibilização na modalidade de organização do sistema de saúde. Contraditoriamente, ainda reafirma a ESF como uma estratégia prioritária (MELO et al, 2018).

#### **4.1.4 Estratégia Saúde da Família (ESF)**

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, tendo como base experiências municipais, como Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), que propõe a interação entre a comunidade e os serviços de saúde por meio da vigilância em saúde. O PSF emerge como uma ideia para a reestruturação do sistema de saúde com a organização da atenção primária e substituição do modelo tradicional de assistência à saúde (SÉRIE, 2010; TC/MG, 2010).

O objetivo geral da estratégia Saúde da Família é propor uma reorientação do modelo assistencial da atenção básica, modificando o modo de atuação dos profissionais e da UBS tendo como norteadores os princípios do SUS, delimitando responsabilidades para a gestão e para a população (BRASIL, 1997).

Além do objetivo geral, a estratégia tem por objetivos específicos a prestação de assistência integral e contínua, com resolubilidade e qualidade, intervindo nos fatores de risco aos quais a população esteja exposta, humanizando as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população e proporcionando parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais. Tudo isso, claro, de acordo com as realidades locais (BRASIL, 1997).

A unidade de Saúde da Família, ligada à unidade básica de saúde, é responsável por prestar uma atenção à saúde contínua e composta por equipe multiprofissional que tem o papel de promover, proteger e recuperar a saúde dos usuários. Conforme já pontuado, o nível de atenção primária é capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população e caso o usuário necessite de cuidados mais avançados, a ESF faz o manejo do usuário para o nível de atenção mais especializado (BRASIL, 1997).

A unidade de Saúde da Família atua com o quantitativo de equipes equiparado à quantidade de famílias a ela vinculada. Estima-se que uma única equipe possa dar conta de uma área do território composta por cerca de 600 a 1.000 famílias. Entretanto, essa questão pode ser flexibilizada devido à fatores de vulnerabilidade social e econômica, bem como à acessibilidade aos serviços e outros fatores locais (BRASIL, 1997).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se esforça para garantir a promoção da qualidade de vida da população e intervenção nos fatores de risco à saúde. Para se fortalecer como porta de entrada dos usuários ao sistema público de saúde, a ESF se volta para uma atenção integral, equânime e contínua.

#### **4.1.5 Atenção Básica via ESF no DF**

Segundo Corrêa et al (2019), em 2015 a saúde pública distrital se dava de forma centralizada. Estava dividida em “34 regionais de saúde”. Havia 172 unidades básicas de saúde, além de 16 hospitais, uma policlínica e 6 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que ficavam responsáveis por atender uma população de cerca de 3 milhões de habitantes, que residiam no DF e mais 1,5 milhão” provenientes dos municípios de Goiás, região metropolitana do DF.

No final daquele mesmo ano, através do Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015, que reorganizou a Secretaria de Estado de Saúde do DF, o governo dividiu o território em sete

regiões de saúde, “com condições variadas de distribuição populacional, equipamentos públicos e recursos humanos, além de níveis diferenciados de vulnerabilidade socioeconômica” (CORRÊA et al, 2019).

Mesmo que o Programa de Saúde da Família, criado em 1994, guiasse os primeiros passos do novo modelo de assistência à saúde a ser implementado, não era significativa a cobertura da estratégia no DF. Não chegava a 30% da população atendida pela ESF. Nesses moldes, haviam ainda 63 unidades de saúde organizadas no modelo tradicional de atenção, com profissionais especializados como: clínicos, ginecologistas e pediatras que “mesmo compondo a APS, ainda não estavam organizados em equipes de saúde da família (eSF)”.

Nesse sentido, essas unidades de saúde não contemplavam o que deveria ser a atenção primária. As programações e o planejamento das ações das unidades não estavam de acordo com as necessidades dos territórios e das comunidades em que esses profissionais atuavam. Havia, ainda, o papel muito forte do profissional médico, mas não dos outros profissionais de saúde que atuavam na unidade, como enfermeiros e técnicos de enfermagem. Essa defasagem das práticas dos outros profissionais pode, em partes, explicar porque o modelo tradicional trouxe uma assistência à saúde fragmentada, em que o cuidado era descontinuado, pois o usuário tratava o problema e não a causa e as consequências dele. (CORRÊA et al, 2019; FONSECA, 2019).

Para Fonseca (2019) e Corrêa et al (2019), a estratégia era realizada sem as características que a tornam eficiente.

(...) Em alguns locais as equipes de saúde da família eram colocadas em espaços improvisados nos centros tradicionais, apenas para justificar o pagamento de gratificações que aumentavam em 30% os salários de todos os servidores lotados em unidades com pelo menos uma equipe do programa (FONSECA, 2019).

Os autores se referem às Leis Distritais nº 318, de 1992, e nº 2.339, de 1999, que previam gratificações de até 35% aos salários dos profissionais que atuavam em locais onde tivesse ESF, independente deles estarem ligados a ações da Estratégia ou do alcance de desempenho em saúde. Isso gerava distorções no objetivo de estimular a estratégia de saúde da família.

Mesmo com essa iniciativa de conceder gratificações aos servidores que trabalhavam em locais que continham, ao menos, uma equipe de saúde da família, independente de trabalharem com ESF ou não, “não foi suficiente para equiparar as coberturas do DF às

nacionais ao longo dos anos, podendo ainda ter atraído profissionais fora do perfil ou conhecimento técnico desejáveis para atuar nesse nível de atenção” (CORRÊA et al, 2019).

Além do que já foi exposto sobre a trajetória da atenção primária no DF, Corrêa et al (2019) ainda afirma:

(...) no fim de 2016, o gasto mensal em pagamentos de salários para equipes de ESF era de 21 milhões de reais e com equipes tradicionais era de 39 milhões, demonstrando que a maior parte dos investimentos em APS no DF não estavam voltados ao modelo preconizado pela literatura e na PNAB. Investimentos no modelo tradicional, além de não encontrarem respaldo na literatura, ainda poderiam representar uma importante ineficiência no uso do recurso público, uma vez que a PNAB prevê incentivos financeiros aos estados por cada eSF implantada.

Observa-se que havia uma inversão nas ações do governo para que, de fato, a ESF fosse consolidada no DF. Se por um lado tinha-se um programa que orientava uma nova organização na saúde para benfeitoria aos usuários do sistema, por outro tinha-se um investimento monetário no modelo que, como bem foi explicado, já estava obsoleto para atender às necessidades das comunidades.

No bojo do que foi apresentado, já se nota que a saúde pública no DF necessitava de uma reorganização na assistência à saúde, tendo a APS como fio condutor e porta de entrada ao sistema. Dessa forma, foi instituído o programa Converte APS no DF, que converteu todos os modelos de APS em Estratégia Saúde da Família.

A Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, determinou a mudança no sistema de trabalho trazendo normas de funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS). Assim, os serviços na atenção primária passaram a ser compostos, necessariamente por:

(...) escuta qualificada, classificação de risco, atendimento em programação clínica e em demanda espontânea e deixou claro que o ponto de contato do paciente com o sistema de saúde passaria a ser a atenção primária (FONSECA, 2019).

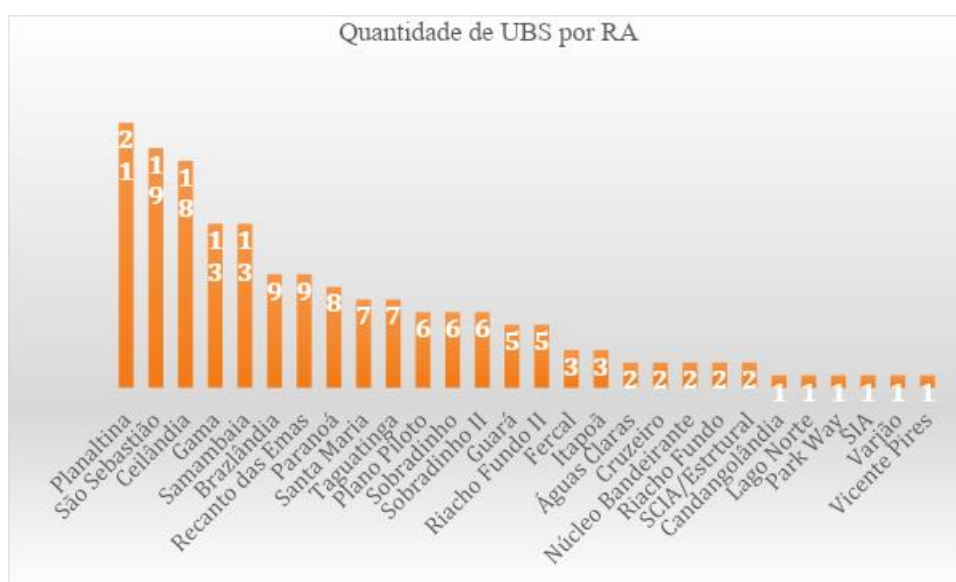
No Distrito Federal compete à Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF) coordenar as ações, diretrizes, normas e princípios para implementação e consolidação da Política de Atenção Primária do DF, no escopo da Política Nacional de Atenção Básica, bem como fortalecer a estratégia na rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção primária (BRASIL, 2017).



Atualmente, a estratégia consegue ter uma cobertura de 65% da população do DF, mas com expectativa de chegar ao final deste ano com 75% de cobertura. Para o coordenador de Atenção Primária da SES, Fernando Erick, em entrevista à Agência Brasília, a meta é atingir 100% de cobertura em todo o DF. Ademais, atualmente existem 174 unidades básicas de atendimento, com, pelo menos, uma equipe de estratégia da família em cada (SES, 2021; INFOSAÚDE-DF, 2021).

Abaixo está o quantitativo de UBS's por região administrativa do DF.

**Figura 2** - Quantidade de UBS por Região Administrativa



**Fonte:** InfoSaúde – DF (2021)

Deste modo, é possível observar que no Distrito Federal em suas regiões administrativas há diferenças quantitativas no acesso aos serviços de saúde, o que fortalece a importância do problema de pesquisa.

#### 4.2 Sistema de incentivo na legislação

Considerando os marcos legais acima mencionados, é possível assimilar os pontos em que a legislação do SUS apresenta incentivos para a sua aplicação como política de saúde e ao olhar para a trajetória da questão da saúde no Brasil, pode-se perceber que grande parte do que foi construído até aqui é fruto de intensos debates e tomadas de decisão.

Sabe-se que o federalismo é o sistema político no Brasil, o qual é constituído por esferas de governo, sendo elas a União, os estados, os municípios e o Distrito Federal, ambas com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica, o que reforça a questão democrática (BRASIL, 2003).

Em contrapartida nota-se que nesse sistema torna-se mais complexa a questão da implementação de políticas sociais de aspecto nacional, pois devido às características sociais, políticas e econômicas perpassadas ao longo dos anos no país, o indicador de desigualdade social ainda é muito presente. Assim, é reforçada a importância de se implementar políticas capazes de reduzir ao máximo as assimetrias sociais (BRASIL, 2003).

À vista disso, implementar políticas sociais no Brasil requer a utilização de mecanismos de cooperação e complementação entre os entes, buscando estimular a execução de ações interfederativas para consolidação e expansão das políticas (BRASIL, 2003).

É nessa perspectiva que se apresenta mais a seguir alguns dos sistemas de incentivos legais do Sistema de Saúde do Brasil, no que diz respeito à atenção básica e mais especificamente à estratégia de saúde da família no DF. Tais legislações são consideradas incentivos, pois reforçam o direito à saúde e dispõem sobre instrumentos garantidores de uma atenção à saúde pública, igualitária e gratuita, com modelo de gestão integrado pautado nos princípios da equidade, universalidade e integralidade.

### **4.3 Fatores determinantes**

Retomando ao problema que a pesquisa busca analisar, que diz respeito aos fatores que foram determinantes para a implementação da estratégia saúde da família no Distrito Federal, esta seção procura elencar alguns motivadores que levaram o DF a se reestruturar, em termos de assistência básica à saúde, convertendo a atenção primária do modelo tradicional para o modelo da estratégia.

#### **4.3.1 Insustentabilidade do modelo tradicional e ampliação do acesso**

Primeiramente identifica-se que o modelo tradicional de assistência à saúde, no qual o Distrito Federal estava inserido, não era capaz de, efetivamente, tornar a atenção primária porta de entrada dos usuários ao sistema. A cobertura do sistema era baixa, o que gerava dificuldades no acesso dos usuários, um dos fatores que ativou um ponto de alerta para a consolidação da estratégia. O sistema de saúde do DF era marcado por uma fragmentação entre os níveis de

atenção e baixo ou quase nenhum vínculo entre os profissionais e os usuários. A administração do sistema também era um problema, sendo marcada por fragilidades e falhas, desde a manutenção de equipamentos ao fornecimento de bens e serviços. Havia médicos especialistas atuando na atenção básica, mas não dentro do escopo da ESF. Para além desses fatores, ainda se encontrava modelos diferentes em cada unidade básica do DF (REDE APS, 2019).

(...) a gente tinha atenção primária feita no modelo tradicional, tinha atenção primária feita com a equipe de agente comunitário de saúde, tinha equipes incompletas; cada um fazia a sua agenda, não tinha nenhuma sistematização; mesmo onde havia saúde da família, você não tinha uma sistematização no processo de trabalho e nem como monitorar [fala do Secretário de Saúde do DF na gestão de 2016 a 2018, Humberto Lucena] (REDE APS, 2019)

Ainda que o Programa Saúde da Família, instituído em 1994, já determinasse uma nova concepção e reestruturação da saúde básica no Brasil, apenas mais de 20 anos depois é que o DF consegue legislar, de fato, sobre o tema e, então, através das Portarias nº 77 e 78, dispõe sobre a conversão do modelo de assistência à saúde, tendo a ampliação do acesso como um dos fatores fundamentais, permitindo, assim, a reorganização da rede de saúde na capital.

Segundo o Relatório Brasília APS Forte, de 2019, em 2016 foi observado que a ESF poderia atingir um número maior em termos de cobertura populacional, com a reorientação da atuação dos profissionais que já atuavam nas UBS's. Esse processo foi chamado de Convertere APS, regulamentado pela portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017, que disciplinou o processo de conversão da atenção primária à saúde no DF ao modelo da estratégia de saúde da família. Nesse contexto entendeu-se que:

(...) as ações junto aos médicos se direcionaram a duas possibilidades: 1) o profissional que tivesse interesse em continuar atuando na rede básica precisava passar a se vincular como médico responsável por uma ESF; ou 2) o profissional que desejasse manter sua atuação como “sub-especialista”, seria deslocado para serviços de outros níveis de complexidade. Essa definição colocou dois tipos de necessidades para a gestão e os trabalhadores (REDE APS, 2019)

Ainda na temática da ampliação do acesso, Corrêa et al (2019) destaca que para aumentar a capacidade de atendimento nas unidades básica de saúde, o horário de funcionamento também foi alterado, já que, estudos apontados pelo autor, pontuam que “a população mais pobre é a que mais sofre com dificuldade de acesso aos serviços de saúde e que há uma grande demanda por horários mais ampliados de funcionamento, inclusive com disponibilidade aos fins de semana”.

Atualmente as unidades básicas de saúde do DF variam o horário de funcionamento, de acordo com o tipo da Unidade e a quantidade de equipes que nela atuam.

#### **4.3.2 A regulação em saúde**

Tal qual salienta Fonseca (2019), no Distrito Federal até 2015 a regulação do serviço público de saúde se dava apenas para ações específicas como regulação de leitos de UTI. A falta de uma regulação ampliada para os diversos serviços ofertados em saúde dificultava, sobremaneira, o acesso dos usuários ao sistema e também gerava desigualdade no atendimento, que se baseava na discricionariedade dos profissionais de saúde

Ainda para o autor, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a regulação é instrumento fundamental para se fazer cumprir o princípio da equidade, pois determina prioridades de atendimento e democratiza o acesso ao serviço.

Se faz importante pontuar que em 2017, por meio do Decreto 38.488, de 13 de setembro, o primeiro Complexo Regulador do Distrito Federal foi criado objetivando regular todos os serviços da saúde pública do DF, exceto aqueles ofertados pela atenção básica, justamente para que a AP se consolidasse como primeiro contato e porta de entrada dos usuários.

(...) o Complexo Regulador consiste em um sistema de gerenciamento e regulação integrada que envolve o prontuário único, a mesa de regulação (agendamentos, transferências, encaminhamentos) e ações de coordenação entre hospitais, centrais de exames, Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (APS REDES, 2018).

#### **4.3.3 Descentralização e regionalização**

Ao contrário do que se observava nas demais capitais federais, que já começavam a adotar modelos de gestão mais descentralizados, no DF ainda era muito presente a centralização de ações em saúde na administração direta, o que culminava em sobrecarga de decisões e ao mesmo tempo descontinuidade na oferta dos serviços.

Ademais, a demanda pelos serviços superava demasiadamente a oferta, consequentemente a força de trabalho era reduzida. Como já mencionado ao longo do trabalho, também se encontrava naquele cenário uma atenção primária “fraca e fragmentada” (FONSECA, 2019).

Observa-se que, em certa medida, a demora na mudança da assistência à saúde no DF, se deu pela “resistência de sindicatos, autoridade de controle e de forças políticas locais” que empacavam o processo necessário de inovação” (FONSECA, 2019).

Encarando a situação já insustentável na qual o DF se encontrava, foram iniciados estudos sobre a criação de Regiões de Saúde, para estimular a descentralização e a regionalização da saúde. Em janeiro de 2016, pelo decreto nº 37.057, o governo distrital reestrutura a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, criando as sete regiões de saúde, sob a administração das Superintendências Regionais de Saúde, cada uma delas compostas por um conjunto de estruturas de suporte à saúde como hospitais, UBS's, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e policlínicas, vinculadas às Superintendências de Regiões de Saúde.

Fonseca (2019) ainda afirma que a questão da regionalização foi efetivada com a publicação do Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016, que instituiu o Programa de Gestão Regional da Saúde (PRS), para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal, objetivando o desenvolvimento da atenção integral à saúde.

Para tanto, o decreto conceituou o que seriam as: i) Regiões de Saúde; ii) as Unidade de Referência Distrital (URD); iii) Unidades de Saúde; iv) Rede de Atenção à Saúde; v) Acordo de Gestão Regional (AGR); e vi) Acordo de Gestão Local (AGL).

Art. 2º Para fins do disposto neste Decreto considera-se: I - Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Regiões Administrativas limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; II - Unidade de Referência Distrital - URD: unidade pública de atenção à saúde destacada por suas especificidades assistenciais, especialização ou finalidade, como referência para todas as Regiões de Saúde; III - Unidade de Saúde: unidade pública de atenção à saúde destinada a prestar assistência médica-sanitária a uma população, em área geográfica definida; IV - Rede de Atenção à Saúde: conjunto de ações e serviços de saúde coordenados pela Atenção Primária à Saúde e articulados com a finalidade de garantir a integralidade da atenção biopsicossocial à saúde; V - Acordo de Gestão Regional - AGR: instrumento a ser celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde - SES-DF e as Superintendências das Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital; e VI - Acordo de Gestão Local - AGL: instrumento a ser celebrado entre as Superintendências das Regiões e as Unidades de Saúde do seu território, bem como entre o Diretor Geral da URD e suas unidades internas.

## 5) RESULTADOS OBTIDOS

Os dados a serem apresentados nesta seção resultam da análise de conteúdo proposta na metodologia, na tentativa de dar respostas ao problema apresentado.

Nesse sentido, traz-se dois quadros analíticos. O primeiro deles é uma matriz de legislações no qual se propõe investigar a influência das normativas na implementação da política pública, objeto desta análise. O segundo quadro traz a divisão das regiões administrativas do DF dentro das regiões de saúde e, por meio dele, há o esforço em discutir a ESF a partir da questão da regionalização, fator capital na implementação.

**Quadro 1** - Matriz de legislações da Atenção Básica via ESF

Legislação	Arranjo institucional	Modelo de Gestão	Sistema de incentivo
Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Criação do SUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ações e serviços de saúde devem ser executadas por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado (Art. 1º)</li> <li>- Direção do SUS é exercida pela União (Ministério da Saúde), estados e municípios (Secretaria de Saúde ou órgão equivalente) (Art. 9º)</li> <li>- Criação de comissões intersetoriais, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (Art. 12, parágrafo único)</li> <li>- Criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior (Art. 14)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços (ementa)</li> <li>- Garantir a saúde formulando e executando políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e estabelecendo condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Art. 2º, § 1º)</li> <li>- Ações e serviços baseados nos princípios institucionalizados (Art. 7)</li> <li>- As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (Art. 8º)</li> </ul>	<p>O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) (Art. 4º)</p> <p>A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (Art 4, § 2º)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam (Art. 10º)</li> <li>- No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde (Art. 10º, § 2º)</li> </ul>

		- Articular políticas e programas de interesse para a saúde (Art. 12, parágrafo único)	
Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90	<p>- O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada (Art. 3)</p> <p>- O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos a assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado (art. 14)</p> <p>- As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde (art. 30)</p>	<p>- Dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (Art 1)</p> <p>- Regiões de Saúde instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT (Art. 4)</p> <p>- Delimita os serviços que são portas de entrada para acesso aos serviços de saúde (Art. 9)</p> <p>- assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região (art. 12)</p>	<p>- Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos. (Art. 6)</p> <p>- A população indígena contará com regimentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde (Art 11, parágrafo único)</p> <p>- Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde (art. 21)</p> <p>- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS (art. 22)</p> <p>- Acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. (art 33)</p>
Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Política Nacional de Atenção Básica	<p>- Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União (art 8º)</p> <p>- Compete às Secretarias</p>	<p>- Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.</p> <p>- Atenção Básica é a principal</p>	<p>- Serviço ofertado de forma gratuita e integral a todas as pessoas (Art 2, § 2)</p> <p>- Proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero,</p>

	<p>Estaduais de Saúde , ao Distrito Federal e aos municípios, a coordenação do componente estadual, distrital e municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas (art. 9, 10)</p>	<p>porta de entrada do usuário ao sistema (Art. 2º, §1º</p> <p>- Saúde da Família como estratégia prioritária para consolidar e expandir a AB (Art. 4)</p> <p>- integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica (art 5)</p>	<p>raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras (Art 2, § 3)</p>
<p>Lei nº 6.133, de 06 de abril de 2018 - Estabelece a Estratégia Saúde da Família como modelo da atenção primária no DF</p>	<p>- Câmara Legislativa do DF decretou e o governo do DF sancionou a lei.</p>	<p>- A atenção primária à saúde no Distrito Federal é realizada com base na Estratégia Saúde da Família (Art 1º)</p> <p>- O Distrito Federal estabelecerá políticas e promoverá ações para a integração entre a vigilância à saúde e a atenção primária, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde ( Art 5)</p>	<p>- Sistema de gratificações aos agentes comunitários de saúde, desde que componha equipe de Saúde da Família - eSF, resida na região administrativa em que atua, atinja as metas de desempenho estabelecidas em regulamento e cumpra os demais requisitos previstos em lei ( Art. 2)</p> <p>- As metas de desempenho para o recebimento das gratificações pelo agente comunitário de saúde devem relacionar-se, no mínimo, ao cadastramento da população sob sua responsabilidade e ao número de visitas domiciliares realizadas (Parágrafo único)</p> <p>- Os servidores de quaisquer categorias que já receberam as gratificações previstas no art. 2º não as terão suspensas enquanto ocuparem cargo comissionado em órgão de gestão específico da atenção primária à saúde do Distrito Federal, ainda que exerçam suas funções fora da unidade básica de saúde (Art 3)</p> <p>- A parcela pecuniária instituída no art. 1º da Lei nº 2.770, de 18 de setembro de 2001, com alterações posteriores, em especial a contida na Lei nº 5.179, de 20 de setembro de 2013, passa a ter seus valores especificados na forma do Anexo Único desta Lei</p>



			<p>- § 1º Fica mantida a parcela pecuniária referente ao nível superior na forma do Anexo Único da Lei nº 5.179, de 2013.</p> <p>§ 2º Os servidores que façam jus à parcela prevista neste artigo não podem receber qualquer das gratificações previstas no art. 2º, ainda que estejam vinculados a equipes de saúde da família como agentes comunitários de saúde. (Art 4)</p>
<p>Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 - Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.</p>	<p>- Estabelece competências da gestão da atenção primária (Arts. 9º ao 12º)</p> <p>- O planejamento, o monitoramento e a avaliação deverão ser integrados entre todos os níveis de gestão da SES (Art 15, parágrafo único)</p>	<p>- Fundamenta a Política de Atenção Primária à Saúde no DF, com base na ESF (Art. 1º)</p> <p>- Saúde da Família é a estratégia de orientação do modelo de Atenção Primária à saúde baseada em equipes multiprofissionais de composição mínima pré-estabelecida, que atuam em unidades básicas de saúde e são responsáveis por uma população definida, localizada em uma área geográfica delimitada, proporcionando atenção integral com fortalecimento do vínculo, foco na pessoa e alta resolutividade. (Art 4)</p> <p>- Denomina todos os estabelecimentos de saúde da atenção primária como Unidade Básica de Saúde (UBS)</p> <p>- O planejamento, o monitoramento e a avaliação deverão ser integrados entre todos os níveis de gestão da SES.</p>	<p>- Organiza equipes de saúde da família, saúde bucal, saúde da família rural, equipe de consultórios na rua; núcleo de apoio à saúde da família (NASF); equipes de saúde de atenção domiciliar; equipe de saúde do sistema prisional; do sistema socioeducativo; dos centros de referências de práticas integrativas em saúde; e equipes do Programa Academia da Saúde (Art 6)</p> <p>- A participação popular deve ser estimulada pela gestão da Atenção Primária, sendo recomendável que toda Gerência de UBS faça interface com um Conselho Regional de Saúde ou com estrutura que represente legitimamente a população do território (Art 12, parágrafo único)</p> <p>- Acesso (Seção III)</p> <p>- Acolhimento e Classificação de Risco (seção IV)</p> <p>- Organização do Cronograma e da Agenda de Trabalho (seção V)</p> <p>- Fornecimento de Medicamentos e Produtos para Saúde (seção VI)</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coleta de Exames (VII)</li> <li>- vacinação (seção VIII)</li> <li>- Regulação para Especialidades (seção IX)</li> <li>- Transporte (seção X)</li> <li>- educação permanente em saúde (seção XI)</li> </ul>
<p>Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017 - Conversão da Atenção Primária do DF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determina que os Superintendentes das Regiões de Saúde apresentem à COAPS da SES o dimensionamento do pessoal da Atenção Primária, em articulação com a Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP) e o plano de conversão de suas unidades básicas de saúde (Art. 4º)</li> <li>- Capacitações oferecidas pela FEPECS ou pela Gerência de Educação em Saúde da SUGEP (Art. 8)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disciplina a conversão do das UBS's para o modelo de Estratégia Saúde da Família (Art. 1º).</li> <li>- Capacitação de gerentes e supervisores administrativos das GSAPs para o bom funcionamento das unidades (Art. 10º)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Composição das equipes de saúde da família: três médicos com carga horária de 40h, sendo um pediatra, um ginecologista e um clínico; três enfermeiros com carga horária de 40h; seis técnicos de enfermagem com carga horária de 40h; e agentes comunitários de saúde, conforme disponibilidade na Região ( Art 3)</li> <li>- O horário de funcionamento das UBS em processo de conversão será de segunda a sexta-feira, de 7h às 18h, ininterruptamente (Art 4, § 3º)</li> <li>- Os servidores que compuserem equipes de transição ficam dispensados de exercer parte de sua carga horária semanal nos serviços de urgência e emergência (Art 5, § 1º)</li> <li>- Servidores em excesso na UBS serão movimentados para outras unidades de saúde, a critério da Administração, após ser ouvido o servidor interessado, respeitado o interesse público e a necessidade da população (Art. 6)</li> <li>- Dada prioridade de permanência na Atenção Primária a servidores com titulação em Medicina de Família e Comunidade ou em Saúde da Família, adotando-</li> </ul>

			<p>se, em seguida, o critério de antiguidade na SES (Art. 7º).</p> <p>- Capacitação obrigatória para servidores de nível superior de equipes de transição para o desenvolvimento da prática da Estratégia Saúde da Família. (Art 8)</p>
<p>Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016 - Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital</p>	<p>- Secretaria de Estado da Saúde - SES-DF e as Superintendências das Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital (Art 2)</p> <p>- Superintendências das Regiões e as Unidades de Saúde do seu território, bem como entre o Diretor Geral da URD e suas unidades internas (Art. 2).</p>	<p>- Desenvolvimento da Atenção Integral à Saúde (art. 1)</p> <p>-Delimitação das RA's que compõem cada uma das regiões de saúde (art. 3)</p>	<p>- Acordo de Gestão Regional - AGR: instrumento a ser celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde - SES-DF e as Superintendências das Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital (Art. 2º, inciso V )</p> <p>- Acordo de Gestão Local - AGL: instrumento a ser celebrado entre as Superintendências das Regiões e as Unidades de Saúde do seu território, bem como entre o Diretor Geral da URD e suas unidades internas (Art 2, inciso VI)</p>

**Fontes:** SINJ-DF e Diário Oficial da União

Primeiramente, mediante a matriz de legislações apresentada acima, foi possível inferir algumas questões no que diz respeito aos arranjos institucionais aplicados na política, qual modelo de gestão adotado e quais sistemas de incentivos foram utilizados para fortalecer a estratégia de saúde da família.

O arranjo institucional visto através das normativas colabora e incentiva a implementação da política uma vez que permitiu a articulação entre os Poderes Legislativo e Executivo na garantia e determinação da conversão do modelo de atenção conforme a Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, que estabeleceu a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, trazendo princípios como a centralização na família em que a equipe de saúde deve conhecer os membros da família que estão sob seus cuidados e os problemas que dela derivam, intervindo de forma personalizada a partir da compreensão da estrutura familiar; a Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017, que disciplinou o processo de conversão da APS garantindo que fosse de forma progressiva, priorizando as áreas de maior vulnerabilidade social; o Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016, que instituiu o Programa de Gestão

Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital assegurando a descentralização das ações de saúde com vistas à autonomia e maior capacidade de tomada de decisões do gestor local de forma que este identifique, de fato, as insuficiências do território; e a Lei nº 6.133, de 06 de abril de 2018, que estabelece a Estratégia Saúde da Família como modelo da atenção primária no DF, promovendo medidas para seu fortalecimento como o recebimento de gratificações por parte dos profissionais de saúde que atuem junto à ESF.

Em outro momento, por meio das análises de dados, também foi possível perceber a expansão no número de equipes de saúde da família e conseqüentemente da cobertura populacional da estratégia.

Para que a implementação da estratégia ocorra de forma eficaz se faz necessária a instituição de equipes multiprofissionais e dos agentes comunitários de saúde, atores que exercem maior contato com a população a ser atendida, o que no DF foi inicialmente chamado de equipes de transição.

Em 2005, antes da publicação das normativas, a estratégia de saúde da família juntamente com o programa de agentes comunitários cobria juntos 24% da população. Mais de 10 anos depois, em 2017, com a publicação das mencionadas normativas, o DF passou a contar com 277 equipes de saúde da família e cobertura de 34%. Cerca de um ano depois foram criadas mais 272, totalizando 549 equipes e cobertura populacional de cerca de 69%. A ESF dobrou a quantidade da população assistida passando para 2 milhões. Importante lembrar que do total de equipes, apenas 227 estavam consistidas, ou seja, completas e reconhecidas pelo Ministério da Saúde.

Em 2020, houve um novo aumento e 544 equipes estavam completas, com uma meta de consistir mais 40 ainda naquele ano. Segundo dados do portal da Secretaria de Saúde do DF, em 2020, ao todo existiam 598 equipes de saúde da família, sendo que 54 ainda estavam incompletas, ou seja, faltava, pelo menos, um profissional de saúde seja médico, enfermeiro, auxiliar, técnico ou agente comunitário. Mesmo que algumas equipes estivessem incompletas, nota-se o crescente aumento ao longo dos anos desde a implementação no DF.

O que foi exposto demonstra que a legislação foi também um fator determinante para a efetivação da política, uma vez que instituiu mecanismos para a implementação e incentivos à continuidade dela, percebendo que era sim necessária a mudança no modelo de assistência à

saúde com vistas à assegurar a atenção primária como primeiro contato do usuário com todo o sistema público, tendo em vista a ampliação do acesso, fator chave para reorganização da atenção (REDE APS, 2019) e também da continuidade do cuidado, da integralidade e de tantas outras diretrizes, fundamentos e princípios que norteiam a atenção básica.

Em seguida foi possível perceber que a questão da descentralização e regionalização foram fatores substanciais para a consolidação da ESF no DF. Por definição, a região de saúde no DF é um “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Regiões Administrativas limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (SES, 2016). A divisão do território em regiões de saúde permite a superação da fragmentação das ações de saúde nas localidades, uma vez que tais regiões, são coordenadas por Superintendências de Saúde que são dotadas de autonomia administrativa-financeira para a tomada de decisões.

**Quadro 2** - Regiões de Saúde e Regiões Administrativas (RA's) correspondentes

<b>Regiões de Saúde</b>	<b>Regiões Administrativas do DF</b>
Região Sudeste	Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniquireiras <sup>1</sup> , Recanto das Emas e Samambaia
Região Oeste	Brazlândia, Ceilândia, Sol/Nascente/Pôr do Sol <sup>2</sup>
Região Centro-Sul	Guará, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Lago Sul, Setor de Indústria e Abastecimento - SCIA/Estrutural, Setor Complementar de Indústria e Abastecimento - SCIA
Região Sul	Gama e Santa Maria
Região Leste	Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico, São Sebastião e Jardins Mangueiral

<sup>1</sup> Incorporada depois. Lei de criação da RA: 6.391 de 30 de setembro de 2019

<sup>2</sup> Incorporada depois. Lei de criação da RA: 6.359 de 14 de agosto de 2019

Região Norte:	Planaltina, Sobradinho, Fercal e Sobradinho II
Região Central:	Plano Piloto (Asa Norte, Asa Sul, Vila Telebrasília, Vila Planalto, Noroeste) Lago Sul, Lago Norte, Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal e Varjão

**Fonte:** Adaptado pela autora. Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016

Até 2015, o sistema de saúde estava dividido em 15 (quinze) regionais de saúde que estavam subordinadas diretamente à SES/DF. Esse modelo estava centralizado na sede da secretaria e a tomada de decisões ficava sob a responsabilidade do secretário, “embora existisse a figura do coordenador regional e diretor de hospital e demais unidades de saúde”. Com a reestruturação da Secretaria em 2018, houve a criação do novo modelo de gestão na saúde. Assim, passou-se a existir as 7 (sete) Regiões de Saúde. Nesse modelo, o planejamento é feito de acordo com as necessidades locais identificadas, tendo em vista o perfil epidemiológico e os indicadores sociais de cada região. A partir desse novo modelo os problemas de saúde são mais rapidamente identificados e é possível executar intervenções mais pontuais e específicas, além da população conseguir dialogar melhor com o gestor local.

Como já visto, o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS possibilitou a celebração de acordos de gestão. Eles contêm metas e objetivos a serem alcançados por cada unidade de saúde que compõe aquele território, com vistas a melhorar os indicadores de saúde. A delimitação de metas e objetivos proporciona eficiência na utilização dos recursos, como também melhora os resultados dos serviços da assistência e traz mais transparência às informações relacionadas à saúde.

Esse novo modelo oportuniza também a determinação de obrigações por parte das superintendências e da própria Secretaria de Saúde. As superintendências devem participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada; identificar vazios de atenção à saúde e propor estratégias para solucioná-los e o gestor local é responsável por dimensionar, organizar, controlar e avaliar as ações dos profissionais lotados na sua região. Já a Secretaria de Saúde deve garantir condições para a continuidade do desenvolvimento das atividades de saúde, provendo recursos humanos, materiais, infraestrutura física e tecnológica; e

desenvolvendo estratégias de incentivos institucionais, monitorar e ser corresponsável pelas práticas adotadas (SES, 2021).

Os resultados apresentados e as discussões trazidas ao longo do trabalho trouxeram os fatores que determinaram a implementação da ESF no Distrito Federal. Notou-se a significativa importância da construção de dispositivos legais que possibilitem a ampliação da política pública, com a instituição de mecanismos de incentivo, de forma a se conseguir atingir cada vez mais resultados melhores no que diz respeito às condições de acesso aos serviços de saúde.

Além do mais, viu-se que a regionalização e descentralização são condições básicas para uma APS forte. Quando se tem um gestor local este consegue identificar de forma mais rápida os problemas que ali existem e, assim, pode pensar na possibilidade de soluções específicas para os problemas característicos daquela localidade. Como viu-se na literatura, o território em saúde é de fundamental valor, pois “caracteriza uma população, seus problemas de saúde e permite a avaliação do impacto dos serviços sobre o nível de saúde”. Ademais reforça o vínculo profissionais-usuários ao observar as condições, cultura e crenças daquele espaço (PEREIRA et al, 2006).

Ademais, na Figura 1 - Quantidade de UBS por Região Administrativa (pág.41), pôde-se observar que há diferenças quantitativas em termos de acesso aos serviços de saúde da atenção básica. De fato, se olharmos de modo isolado, essa diferença é perceptível. Entretanto, ao analisar isso foi possível entender que existem dois tipos de classificação para as unidades básicas: aquelas do tipo 1, unidades com uma a três equipes de Saúde da Família e tipo 2, unidades com mais de três equipes de Saúde da Família (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Se pegarmos a região do Varjão como exemplo, verifica-se que apesar de ter somente 1 (uma) unidade básica e essa ser tipo 1, a cobertura populacional é de 100%. A população estimada para o ano de 2020, segundo dados de 2018<sup>3</sup>, era de 8.829 (oito mil, oitocentos e vinte e nove) habitantes. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) há 3 (três) equipes de saúde da família nessa região. Como vimos, cada equipe deve ser responsável por no máximo 4.000 (quatro mil) pessoas. A mesma situação ocorre na região da Candangolândia que conta com uma população de cerca de 16.338 (dezesseis mil, trezentos e

---

<sup>3</sup> Estudo Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal. Tabela- Projeções populacionais por Estruturas Etárias e por RA – 2010-2020. Codeplan/2018

trinta e oito) habitantes e com 5 (cinco) equipes de saúde da família (INFOSAÚDE, 2021; DATASUS,2021).

Claro que esses dados não se repetem em todas as outras regiões, em especial naquelas em que há maior quantidade populacional como Ceilândia e Samambaia, mas pode-se dizer que mesmo assim a ESF já conseguiu avançar nesses territórios e no DF, que contam com 18 (dezoito) e 13 (treze) unidades básicas, respectivamente e ao menos 1 (uma) equipe em cada uma delas – há unidades que chegam a 6 (seis) equipes de saúde da família (DATASUS, 2021). O aumento na ampliação do acesso será verificado quando mais equipes forem consistidas, ou seja, quando houver aumento no quantitativo de profissionais da saúde para completá-las e, assim, serem reconhecidas pelo Ministério da Saúde. Além do mais, entende-se que à medida que o quantitativo populacional for aumentando haverá a necessidade da construção de novas UBS's e formação de novas equipes.



## 6) CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apresentada se preocupou em analisar a implementação da estratégia saúde da família no Distrito Federal dando enfoque aos fatores que foram determinantes para o feito.

A saúde da família é apresentada como um novo modelo de assistência à saúde para a reorganização da atenção básica. Ela é considerada estratégia, pois preconiza a Atenção Básica como primeiro nível de contato do usuário com o Sistema Único de Saúde. O acompanhamento de um número definido de famílias e a localização geográfica delimitada são características chaves da ESF, que objetiva a execução de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos.

A instituição de equipes de saúde da família é o cerne da estratégia, pois são elas que estabelecem contato direto com a população, favorecendo a integração serviço-usuário, de forma que sejam identificadas as necessidades de saúde específicas daquela localidade e que as ações se deem de forma integral e contínua. Desse modo, as equipes são responsáveis por conhecer a realidade dessas famílias, suas características sociais, demográficas e epidemiológicas. Tal conhecimento se dá por meio do cadastramento e diagnóstico das famílias, atentando-se na identificação daquelas que estejam em situações de risco e por isso, necessitam de uma atenção especial. As equipes são também responsáveis por encaminhar os usuários para os demais níveis de atenção quando o problema necessitar de cuidados mais especializados.

O Distrito Federal por assumir as prerrogativas tanto de estado como de município tornou-se uma especificidade no contexto do federalismo brasileiro. Em vista disso, é um desafio a organização do sistema de saúde na capital federal, já que ele assume a responsabilidade das ações inerentes às duas esferas de gestão, que vão desde a execução direta de ações e serviços de saúde e aquisições de insumos à regulação, controle e avaliação do sistema.

Apesar disso, é notória a mobilização e articulação dos atores envolvidos na construção da política para reorganizar o sistema de saúde do DF, a fim de possibilitar melhores condições na prestação do serviço e no acesso à toda a rede pela população.

A pesquisa ilustra análises da implementação baseadas nas legislações editadas entre 2017 e 2018, período em que a Estratégia Saúde da Família foi implantada no DF e mostrou

que as legislações exerceram um papel elementar na reorganização do sistema de saúde no DF, se configurando como fator determinante.

Além disso, através da análise de dados adotada foi possível constatar que a insustentabilidade do modelo tradicional, a questão do baixo acesso, a descentralização e a regionalização foram também fatores que determinaram a implementação da política no DF.

Tendo em vista essas questões e o potencial de se trazer mais dados a respeito da implementação no DF, a pesquisa sofreu limitações ao não ser possível realizar, por exemplo, entrevistas pessoais. A não realização se deu em função da crise sanitária que estamos vivendo no momento com a pandemia da COVID-19, dado que o sistema de saúde está sobrecarregado e não haveria espaço para a elaboração dessas entrevistas. Seria de fundamental importância entender aspectos como a atuação das equipes de saúde da família e dos agentes comunitários enquanto burocratas de nível de rua (LOTTA, 2019) e reconhecê-los como atores vitais, trazendo para a análise suas percepções no que tange à prestação do serviço e como eles enxergam suas atuações sendo o primeiro contato com os usuários. Também seria interessante captar percepções dos gestores locais das regiões de saúde e como estes podem fortalecer a ESF em seus territórios. Para além disso, considero que o olhar do usuário enquanto beneficiário seria de grande valia na construção do trabalho ao buscar analisar a participação social como mecanismo de controle do sistema de saúde.

A pesquisa contribui para o entendimento sobre alguns aspectos da implementação da política no DF. Dessa forma, consegue-se inferir que é possível estabelecer um sistema organizado em níveis de atenção, em especial, é possível construir uma atenção básica forte, por meio da ESF, que favoreça ações de saúde integrais e continuadas. Entretanto, é preciso que seja feita de forma articulada, com diretrizes, objetivos e metas a serem atingidas, além de constantemente induzir incentivos legais para a ampliação da estratégia.

## 7) REFERÊNCIAS

- AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. Políticas públicas: conceitos e análise em revisão. **Agenda Política**, v. 3, n. 2, p. 12-42, 2015
- APS REDES (Distrito Federal). **Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF)**. 2018. Pdf. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/01/SES-DF-Projeto-Complexo-REgulador.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2021
- BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 9-18, 2016
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Quando foi iniciada a estratégia de saúde da família no brasil?** Sergipe: Atenção Primária em Saúde, 28 jul. 2015. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quando-foi-iniciada-a-estrategia-de-saude-da-familia-no-brasil/>
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2003
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: **CONASS**, 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: **Saraiva**, 1990
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasil. Ministério da Saúde, 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /**Brasília: Ministério da Saúde, 2012
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. **SUS—princípios e conquistas**. Ministério da Saúde, 2000
- BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 2305-2316, 2009.

CORRÊA, Daniel Seabra Resende Castro et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2031-2041, 2019

DAMACENO, Mariana. Em algumas regiões, Estratégia Saúde da Família ultrapassa 100% de cobertura. **Agência Brasília**, Brasília, 15 jan.2018. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2018/01/15/em-algumas-regioes-estrategia-saude-da-familia-ultrapassa-100-de-cobertura/>. Acesso em: 23 mar. 2021

DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 30 abr. 2021.

DE ALMA-ATA, Declaração. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. **Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata**, v. 15, 1978

DE MARTINO JANNUZZI, Paulo. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. **Planejamento e políticas públicas**, n. 36, 2011

DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Estratégia Saúde da Família atinge 69,1% de cobertura no DF. 2018**. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/estrategia-saude-da-familia-atinge-691-de-cobertura-no-df/#:~:text=BRAS%C3%8DLIA%20\(28%2F2%2F18,modelo%20tradicional%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria..](http://www.saude.df.gov.br/estrategia-saude-da-familia-atinge-691-de-cobertura-no-df/#:~:text=BRAS%C3%8DLIA%20(28%2F2%2F18,modelo%20tradicional%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria..) Acesso em: 20 out. 2020.

ESCOREL, Sarah. Dicionário da educação profissional em saúde. **Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro–RJ**, 2009

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. **Curso de Especialização em Saúde da Família–UMA-SUS| UNIFESP**, 2012

FONSECA, Humberto Lucena Pereira da. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 6, p. 1981-1990, jun. 2019. FapUNIFESP (SciELO).

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. **Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz**, p. 237-255, 2008.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1409-1419, 2009

HOWLETT, Michael; RAMESH, Mishra; PERL, Anthony. Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral. São Paulo: Campus, 2013

INFOSAÚDE - **Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES-DF**. <http://info.saude.df.gov.br/>. Acesso em: 14 abr. 2021

LOTTA, Gabriela Organizadora. **Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil**. 2019

LOTTA, Gabriela Spanghero; VAZ, José Carlos. Arranjos Institucionais de Políticas Públicas: aprendizados a partir de casos do Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 66, n. 2, p. 171-194, 2015

MATIAS-PEREIRA, José. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. 4. ed. Brasil: Atlas, 2016. 224 p

MATTA, Gustavo Corrêa. Dicionário da educação profissional em saúde. **Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro–RJ**, 2009

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, p. 44-50, 2009.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011**. Brasil

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Brasil

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Portaria Nº 2488, de 21 de outubro de 2011.** Brasil,

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde em Família.** 2017?. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/atencao primaria#:~:text=A%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20%C3%A9%20o,sa%C3%BAde%20com%20o%20objetivo%20de>. Acesso em: 20 out. 2020.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS.** SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia, Uberlândia**, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 2006. p. 186-186.

PODER EXECUTIVO. Lei nº 6133, de 06 de abril de 2018. Estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento. **Lei Nº 6133, de 06 de abril de 2018.** Distrito Federal, 09 abr. 2018.

REDE APS. **Brasília Saudável: a estratégia da saúde da família e a conversão do modelo assistencial:** estudo de caso/ relatório. Brasil: Abraso, 2019. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Relatorio-Brasilia-APS-forte-nov-2019.pdf>

SAÚDE E SOCIEDADE [recurso eletrônico] / **Universidade Federal de Santa Catarina.** 3. ed. — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017.** Distrito Federal

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Distrito Federal. **Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017**. Distrito Federal

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Saúde da Família cobre 65% dos lares no Distrito Federal: equipes técnicas percorrem as cidades orientando sobre cuidados básicos para evitar doenças. Confira como é a entrada no sistema de saúde distrital. **Agência Brasília**. Brasília, p. 1-1. 08 mar. 2021. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/saude-da-familia-cobre-65-dos-lares-no-df/>

SÉRIE, I. **História da Saúde no Brasil**. 2006.

SILVA, Jairnilson et al. **O que é o SUS**. 2016

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. 2006.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Relatório de Auditoria Operacional - Programa Saúde da Família (PSF)**: relatório de auditoria operacional - programa saúde da família (psf). Minas Gerais: Tcmg, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários-agora mais que nunca**. Switzerland: WHO, 2008.

WU, Xun et al. Guia de políticas públicas: gerenciando processos. 2014