REDE APS- ABRASCO

BRASÍLIA SAUDÁVEL: A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E A CONVERSÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

ESTUDO DE CASO

RELATÓRIO

EQUIPE:

AYLENE BOUSQUAT

LUCIANO BEZERRA GOMES

NELSON FILICE DE BARROS

APOIO OPAS

NOVEMBRO DE 2019

Sumário

Sumário *2*

I. Introdução **3**

II. Objetivos **5**

III. Metodologia do Estudo **6**

IV Caracterização Sociodemográfica e Sanitária do Distrito Federal **11**

V. A Reorganização da Atenção Básica em Brasília na Perspectiva dos Atores Envolvidos **21**

5.1 PRIMEIRAS MEDIDAS VISANDO MODIFICAR A AB NO GDF 21

5.2 A POSSIBILIDADE DE REDEFINIÇÃO DA APS A PARTIR DOS RECURSOS EXISTENTES 24

5.3 O "CONVERTE" NA BASE DO BRASÍLIA SAUDÁVEL 27

5.4-OUTRAS MEDIDAS PARA AMPLIAR O ACESSO À AB NO GDF PARA ALÉM DO "CONVERTE" 31

5.5 A MUDANÇA DA AB COMO PARTE DA REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO GDF 36

5.6 SINGULARIDADES DA SITUAÇÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO GDF NA CONSTRUÇÃO DO BRASÍLIA SAUDÁVEL 40

5.7 A SITUAÇÃO DOS ACS NA ATENÇÃO BÁSICA DO GDF 46

5.8- POSICIONAMENTOS CONTRA A IMPLEMENTAÇÃO DO BRASÍLIA SAUDÁVEL 51

5.9- A ARTICULAÇÃO DE ALIADOS PARA GARANTIR A IMPLEMENTAÇÃO DA AGENDA POLÍTICA DA GESTÃO 54

5.10-AS MÚLTIPLAS ESTRATÉGIAS DE SUSTENTABILIDADE DO BRASÍLIA SAUDÁVEL 57

5.11 O PAPEL DOS TRABALHADORES DE SAÚDE APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DO BRASÍLIA SAUDÁVEL: A DEFESA DA MANUTENÇÃO, ... 63

5.12 DESAFIOS AINDA EXISTENTES E PERSPECTIVAS PARA O FUTURO DA ATENÇÃO BÁSICA NO GDF 64

5.13 DAS TENSÕES EM TORNO DE QUAL MODELO DE ESF FOI EFETIVAMENTE IMPLEMENTADO NO BRASÍLIA SAUDÁVEL 71

VI. Principais pontos a serem destacados **76**

VI- Referências **77**

I. Introdução

Em 2018, a Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil (OPAS Brasil) construiu uma agenda de análise dos avanços do SUS nos seus primeiros 30 anos com a intencionalidade de apontar os desafios e os possíveis caminhos para a sustentabilidade do sistema de saúde em 2030, data em que os países estipularam alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU). Um dos principais focos da Agenda foi a discussão sobre Atenção Primária à Saúde (APS). Não há dúvidas de que um sistema de saúde orientado pela APS é mais equânime e custo-efetivo. Portanto, fortalecer a APS faz parte de uma agenda estratégica para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, entendido como sistema baseado no direito à saúde, portanto universal, integral e sem barreiras financeiras ao acesso.

Neste movimento foi implantado o Laboratório de Inovação em Atenção Primária à Saúde Forte (LIS-APS Forte) que tinha como objetivo acompanhar e sistematizar as transformações promovidas nos sistemas sanitários de diferentes territórios brasileiros. O LIS-APS Forte pode ser considerado uma importante ferramenta de gestão do conhecimento em Atenção Primária à Saúde com sensibilidade para transformar o conhecimento tácito, fruto da vivência e da expertise dos trabalhadores e profissionais da saúde, em explícito, com vistas a potencializá-lo através da visibilidade de experiências inovadoras e exitosas perante gestores, trabalhadores, pesquisadores, políticos, representantes da sociedade civil e outros atores envolvidos no tema (Tasca et al, 2019).

O presente relatório se debruça sobre uma das experiências selecionadas pelo LIS-APS Forte, que é o caso da conversão do modelo da APS levado a cabo no Distrito Federal a partir de 2017. O movimento é conhecido como CONVERTE e se insere no seio do Projeto Brasília Saudável, política esta expressa principalmente nas Portarias SESDF nº 77 de fevereiro de 2017 e SESDF nº 78 de fevereiro de 2017.

A OPAS elencou diversos elementos que podem ser considerados indicativos da construção de um APS forte. No caso do Distrito Federal, uma primeira

aproximação indicou pontos de contato na experiência do Converte que justificariam uma análise mais aprofundada do processo. Os pontos da APS forte identificados inicialmente no o caso do DF seriam: gestão efetiva do trabalho dos profissionais da APS, inclusive com o emprego de incentivos; criação de estratégia para a fixação dos profissionais nas equipes entendida como condição necessária para garantir longitudinalidade e continuidade do cuidado; criação de um ambiente institucional favorável e de respaldo político permanente; e a elaboração de uma política de recursos humanos em prol da APS.

De forma muito resumida, pode-se afirmar que o processo consistiu na definição política de que todas as UBS do DF passassem a funcionar como equipes de Estratégia de Saúde da Família(ESF), sendo que os médicos que atuavam na lógica do modelo tradicional tiveram a opção de passar por um processo de alteração funcional para comporem as ESF. As mudanças no sistema de saúde do DF não se limitaram ao cenário da APS e diversas outras medidas foram realizadas, como: a criação do Complexo Regulador em Saúde; mudanças na estrutura hospitalar; intensificação no processo de regionalização, com planejamento estratégico e planificação em um das regiões; como propostas de mudanças dos procedimentos contratuais; entre outros (Fonseca, 2019)

Vale lembrar que o Distrito Federal (DF) é uma instância política única na administração pública brasileira, pois reúne competências das esferas “estadual” e “municipal” de governo no mesmo ente federativo. Por isso, no aspecto infralegal, o Sistema Único de Saúde (SUS) regional se organiza segundo as normas gerais da União, aplicáveis a todo o sistema, e as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SESDF), o que dá particulares a esta análise.

II. Objetivos

Geral

Analisar e sistematizar as experiências inovadoras no sistema de saúde do Distrito Federal tomando como referência a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde.

Específicos

1. Definir as particularidades da conversão do modelo assistencial no DF.

2. Identificar os constrangimentos enfrentados para a implantação da experiência de APS.

3. Analisar as potencialidades de replicação das experiências da conversão do modelo assistencial do DF em outros territórios

III. Metodologia do Estudo

Foi realizado um estudo de caso (Dooley,2002) com o fim de compreender a problemática complexa da conversão do modelo assistencial de saúde no DF. Para Yin (2010), o método do estudo de caso permite investigar fenômenos contemporâneos em contextos de vida real, quando as fronteiras do fenômeno e do contexto não são claramente estabelecidas, o que cobra o uso de múltiplas fontes de dados são utilizadas".

O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa focada na dinâmica presente em configurações singulares do objeto (Eisenhardt,1989). Além disso, o método auxilia a: investigar questões empíricas; explorar situações da vida real; e explicar variáveis causais do fenômeno estudado frente a situações complexas referentes à tomada de decisões e seus possíveis resultados.

Por meio da combinação metodológica de técnicas de coleta e análise de dados propiciada pelo método, foi possível construir o entendimento de diversas perspectivas do problema, contribuindo para uma melhor identificação das experiências que estimulam a construção de uma APS forte no Brasil.

Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada com a utilização de diferentes técnicas e fontes de informação. Foram coletados dados primários através de entrevistas semiestruturadas com atores-chave, grupos focais e observações em diferentes serviços de saúde. Na coleta dos dados primários foram realizadas 10 entrevistas com 18 atores chaves e dois grupos focais. Foram entrevistados integrantes da gestão atual e anterior da SES-DF, gestores em nível regional, trabalhadores de equipe de ambulatório de atenção secundária, representantes de entidades representativas de médicos e enfermeiros da ESF e profissionais do projeto de regulação. Vale indicar que na sua maioria são profissionais com formação em medicina e enfermagem, com longa trajetória de atuação na APS, vários deles com experiências de gestão não apenas no GDF mas em outras instâncias de gestão municipal, estadual ou federal. Durante o período de 2016 a 2018 os entrevistados ocupavam papéis importantes na implementação da experiência analisada neste estudo de caso, mas também têm vivências anteriores como profissionais na assistência na atenção básica no GDF em momentos anteriores, situação que também contribuiu com a apreciação que fizemos do movimento de mudança recente. Em média cada entrevista durou uma hora.

Também, foram realizados dois grupos focais, um com quatro agentes comunitários(as) de saúde e outro com nove médicos(as), com duração de duas e três horas, respectivamente.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas pelos três pesquisadores nos locais de trabalho dos participantes ao longo de uma semana. Para a condução das entrevistas, um pesquisador assumia a sua direção e os outros faziam intervenções pontuais. O grupo focal, que é uma técnica de coleta de dados com interações grupais, também foi conduzido por um pesquisador e acompanhado pelos outros dois, nos papéis de moderador secundário e observador. O condutor apresentava um tópico específico aos participantes e convidava para o debate, os outros pesquisadores acompanhavam a discussão e intervinham pontualmente. Os grupos focais foram realizados em um único dia nas dependências da Organização Panamericana de Saúde.

As principais características sociodemográficas dos participantes podem ser visualizadas nas Tabelas 1 e 2. Chama atenção que 3 dos 4 ACS entrevistados tenham concluído o Ensino Superior, todos em faculdades privadas e em cursos não relacionados à Saúde (Letras, Direito e Administração).

Tabela 1
Características sociodemográficas, Médicos participantes do Grupo Focal

Característica		N	Percentual
Sexo	Masculino	6	66,67%
	Feminimo	3	33,33%
Cor autoreferida	Branca	7	77,78%
	Parda	1	11,11%
	Indígena	1	11,11%
Filhos	Sim	6	66,67%
	Não	3	33,33%
Tempo de Formado	menos 10 anos	1	11,11%
	10 a 15 anos	6	66,67%
	mais de 15 anos	2	22,22%
Residencia	Sim	5	55,56%
	Não	4	44,44%
Especialização	Sim	6	66,67%
	Não	3	33,33%
Mestrado	Sim	5	55,56%
	Não	4	44,44%
Doutorado	Sim	1	11,11%
	Não	8	11,11%
Renda Familiar	Entre R$12.441,00 e R$ 18.660,0	1	11,11%
	Mais de R$ 18.660,0	8	88,89%

Tabela 2
Características sociodemográficas
Agentes Comunitários de Saúde participantes do Grupo Focal

Característica		
Cor autoreferida		
	Branco	2
	Parda	2
Conclusão Ensino Médio		
	mais de 15 anos	4
Ensino Médio Escola Pública		
	Sim	3
	Não	1
Ensino Superior		
	Concluído	3
Renda familiar		
	Entre R$ 3111 a R$ 4354	1
	Entre R$ 4355 e R$ 6220	2
	Entre R$6221 e RS12440	1

Ainda, para a coleta de dados primários foram realizadas visitas em três unidades de saúde de atenção básica, uma das quais localizada em área rural e as outras duas em diferentes regiões do DF. Nestas unidades observou-se a organização do trabalho, dinâmica de funcionamento de cada serviço e o processo de trabalho dos integrantes das equipes. Uma unidade de atenção especializada também foi visitada.

Os dados secundários foram coletados em decretos e portarias do governo do DF, bem como em sistemas de informação sobre serviços de saúde e características demográficas, sanitárias e econômicas das populações dos diferentes territórios do DF. Também, foram analisados dados em um conjunto de artigos acadêmicos sobre a experiência de conversão do modelo assistencial do DF, dentre os quais se destaca um número especial da revista Ciência e Saúde Coletiva.

A diversidade de inserções dos atores nos diversos contextos político-institucionais foi proposital e buscava relacionar suas inserções nos processos de implementação de mudanças. A busca de informações em diferentes documentos também foi intencional e buscou compreender as bases normativas do processo de conversão do modelo assistencial do DF.

Análise dos Dados

Os dados coletados foram analisados de diferentes maneiras, de acordo com as suas características. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas segundo a técnica da análise de conteúdo temática, que é desenvolvida com a leitura geral dos textos e aproximações sucessivas dos temas de maior recorrência e relevância. Os grupos focais também foram gravados, transcritos e analisados em seus conteúdos, porém privilegiados os temas que resultaram em consensos e conflitos entre os participantes. Os diferentes dados secundários, por sua vez, foram tratados com diferentes técnicas de análise, de forma que as informações numéricas foram analisadas estatisticamente para formar indicadores e os textos de portarias, decretos e artigos foram examinados com a técnica de análise documental.

A análise que se apresenta neste relatório final foi composta com a técnica de triangulação de dados, que sugere uma combinação entre informações, contextos e perspectivas teóricas, possibilitando o acúmulo do conhecimento a partir de diferentes níveis da pesquisa (Flick, 2009). Foi, portanto, desenvolvido um complexo processo de maximização do potencial das diferentes informações produzidas, com diferentes

técnicas de coleta e análise de dados, para compor uma visão ampla do caso da conversão do modelo assistencial do DF.

Da análise das entrevistas emergiram os seguintes temas:

- As primeiras medidas visando modificar a APS no DF
- A possibilidade de redefinição da APS a partir dos recursos existentes
- O “CONVERTE” na base do Brasília Saudável
- Ampliação do acesso à APS no DF, para além do “converte”
- A mudança da APS como parte da reorganização do sistema de saúde do GDF
- Singularidades da situação administrativa e financeira do GDF na construção do Brasília saudável
- A situação dos ACS na APS do GDF
- Posicionamentos contra a implementação do Brasília Saudável
- As múltiplas estratégias de sustentabilidade do Brasília Saudável
- O papel dos trabalhadores de saúde após a implementação do Brasília Saudável
- Desafios ainda existentes e perspectivas para o futuro da atenção básica no DF
- Das tensões em torno de qual modelo de ESF foi efetivamente implementado no Brasília Saudável

Estes temas serão desenvolvidos no presente relatório, precedidos de uma breve caracterização sociodemográfica e sanitária do Distrito Federal.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública, via Plataforma Brasil, tendo sido aprovado (CAA09248219.2.0000.5421). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo recebido uma via do mesmo.

IV Caracterização Sociodemográfica e Sanitária do Distrito Federal

A projeção do IBGE para a população do Distrito Federal em 2019 é de 3.012.718 habitantes, população esta distribuída irregularmente em seus 5.802 km2 de área. O DF é dividido em 31 Regiões Administrativas (RA), com características

sócio demográficas bastante distintas entre si (Quadro 1). O maior conglomerado populacional é a RA de Ceilândia, a qual se seguem as RA de Samambaia e Taguatinga. Para fins de organização do Sistema de Saúde, as RA foram divididas em 7 Regiões de Saúde (Decreto 37.515, de 31 de julho de 2016), esta divisão pode ser visualizada na Figura 1.

Quadro 1
Distribuição das Regiões Administrativas por Macroregião
Distrito Federal, 2019

-Região Sudoeste: Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Recanto das Emas e Samambaia; -Região Oeste: Brazlândia e Ceilandia; -Região Centro Sul: Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way e Candangolândia, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA/Estrutural); -Região Sul: Gama e Santa Maria; -Região Leste: Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião; -Região Norte: Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal; -Região Central (alteração realizada pelo Decreto N° 38.982, de 10/04/2018): Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Sudoeste e Octogonal

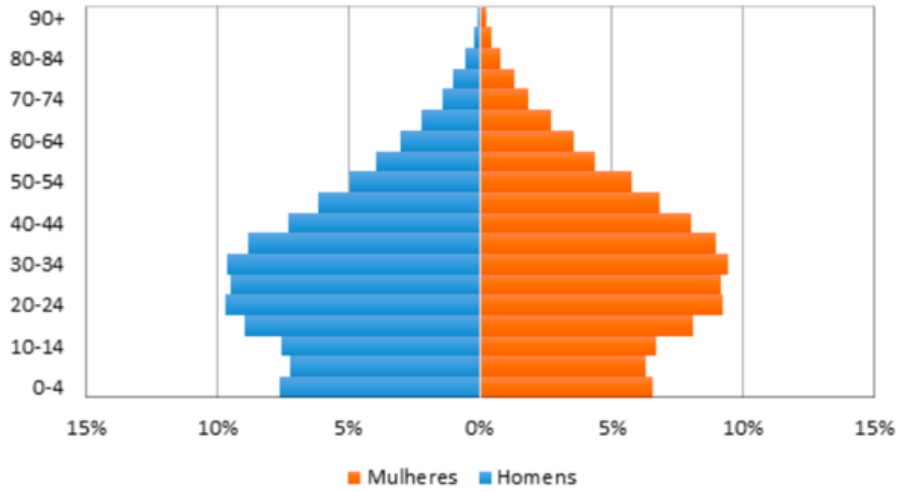
Figura 1

Mapa Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2018

Fonte: Secretaria do Estado da Saúde do DF, 2018

A pirâmide populacional espelha a transição demográfica em curso (Figura 2), sendo que a esperança de vida foi de 78,4 anos em 2017. Em relação à renda, o PIB per capita foi de R$ 79.099,77 em 2016, o maior entre os estados brasileiros. A atividade com maior valor adicionado bruto foi a da Administração, defesa, educação e saúde públicas e seguridade social (IBGE, 2018). No entanto, vale ressaltar que a distribuição da riqueza é extremamente desigual pelas diversas RAs. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) do Distrito Federal em 2010 foi de 0,824, considerado muito alto.

Figura 2
Pirâmide Populacional
Distrito Federal, 2015



Fonte: Secretaria do Estado da Saúde do DF, 2018.

Os indicadores sociodemográficos são superiores às médias nacionais de forma bastante consistente, como pode ser visualizado na Tabela 3.

Tabela 3
Indicadores sociodemográficos selecionados
Brasil e Distrito Federal, 2000/2010

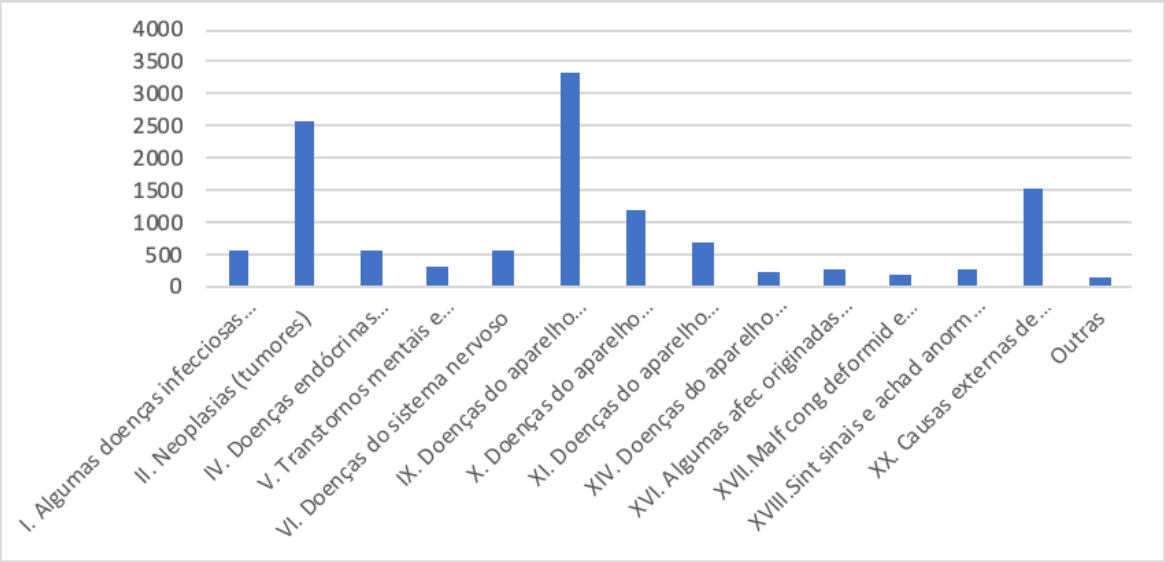
Indicador	Brasil	Distrito Federal
Taxa geométrica de crescimento populacional 2000/2010	1,17	2,28
Percentual de pessoas residentes em domicílios com esgotamento sanitário (2010)	64,54	87,87
Percentual de pessoas residentes em domicílios com coleta de lixo (2010)	85,84	97,65

Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade (2010)	9,61	3,47
Percentual de pessoas de 10 anos e mais com pelo menos ensino médio - 2010	31,76	47,64
Percentual de mulheres de 10 a 17 anos de idade que tiveram filhos (2010)	2,9	2,06
Percentual de mulheres, chefes de família, sem fundamental completo e com pelo menos um filho menor de 15 anos de idade (2010)	17,11	14,7

Fonte: FIBGe, Censos demográficos 2000 e 2010

As doenças do aparelho circulatório seguidas pelas neoplasias e as causas externas são as três principais causas de morte na população, em sintonia com o padrão brasileiro (Gráfico 1). Quando se compara a distribuição percentual das causas de óbito dos anos de 2010 e 2017, observa-se uma diminuição dos percentuais dos óbitos classificados como mal definidos, afecções originadas no período neonatal e malformações congênitas (5,5 para 2,1%; de 2,9 para 2,2%; e 1,8 para 1,6%, respectivamente), o que indica uma melhoria no cuidado à saúde.

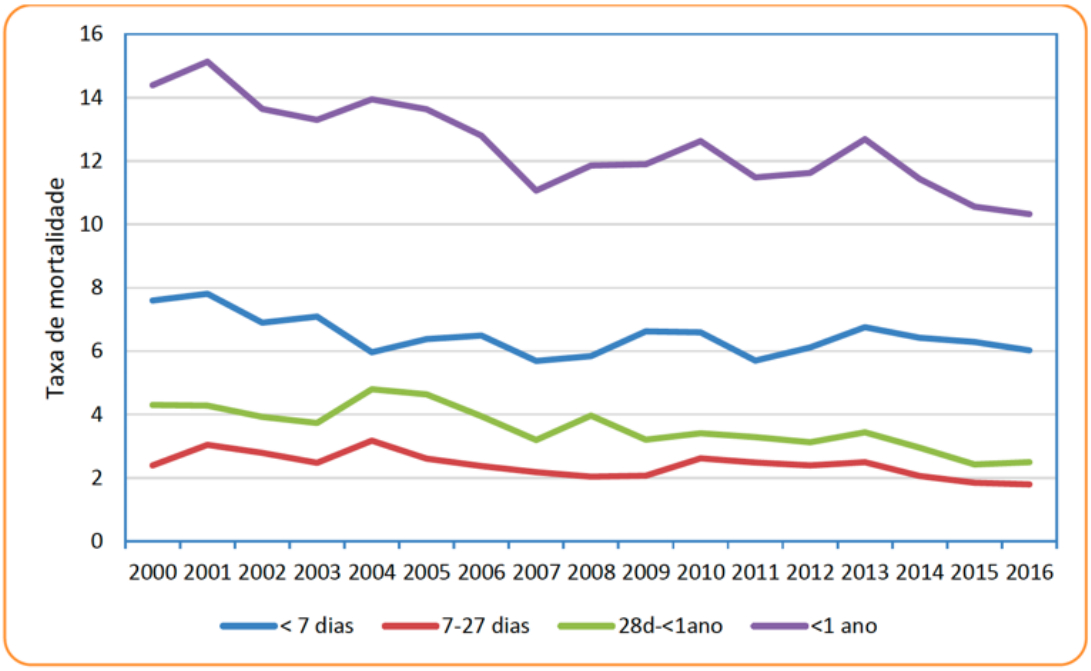
Gráfico 1
Causas de Morte por capítulo do CID, Distrito Federal, 2017



A taxa de mortalidade infantil no Distrito Federal em 2016 foi de 10,3 óbitos para cada 1000 nascidos vivos, com tendência de queda mantida (Figura 3). A concentração dos óbitos é no componente neonatal da mortalidade infantil, especialmente no período neonatal precoce (58,4%). Mantendo o perfil de outros

indicadores, estas taxas são melhores do que as nacionais. O número absoluto destes óbitos em 2016 foi de 447. Como esperado, observou-se grande disparidade entre as regiões administrativas, sendo que Ceilândia apresentou a maior taxa (16 por 1000 nascidos vivos), enquanto em Varjão do Torto, Candangolândia, Núcleo Bandeirante e SIA não foram observados óbitos. (SS-DF, 2017)

Figura 3
Taxas de Mortalidade Infantil, Neonatal Precoce, Neonatal Tardia e Pós-Neonatal
Distrito Federal, 2000-2016



Fonte: Secretaria de Saúde do DF, 2017

Mais da metade dos óbitos infantis (67,3%) ocorreu em prematuros (idade gestacional menor que 37 semanas), indicando que o risco de as crianças prematuras morrerem no primeiro ano de vida foi 15 vezes maior que o das crianças nascidas a termo em 2016. Chama atenção a ocorrência de 5 óbitos por sífilis congênita e 5 por septicemia não neonatal (SS-DF, 2017).

A investigação dos óbitos das crianças com menos de um ano foi realizada pelo serviço de saúde em 96,0% dos casos, mas em apenas 60,3% ocorreu no tempo adequado de até 120 dias da data do óbito. O pior percentual de investigação oportuna

(29,1%) foi observado na Região Leste. A análise dos óbitos classificou 64% como óbitos potencialmente evitáveis.

Quanto à mortalidade materna, o número de óbitos apresentou um aumento em 2016, as regiões administrativas com as maiores razões de mortalidade materna (RMM) no período de 2011 a 2016 foram, em ordem decrescente, Park Way, Planaltina, Itapoã, Brazlândia e Paranoá. A proporção de óbitos maternos por causas obstétricas diretas foi 81,0%, indicando que este indicador poderia ser impactado pela melhora da assistência ao pré-natal, parto e puerpério. A gravidez que termina em aborto (que inclui gravidez ectópica e complicações de abortos espontâneos e provocados) e a hipertensão arterial na gestação, parto ou puerpério, foram as duas principais causas de óbito materno no Distrito Federal em todo o período compreendido entre os anos de 2011 a 2016.

A mortalidade materna foi maior nas mulheres de 40 a 49 anos, nas que não fizeram ou que tiveram poucas consultas de pré-natal, nas que não iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, nas negras e nas sem escolaridade. Todos os óbitos maternos foram investigados pelos serviços de saúde. (SESDF, 2017)

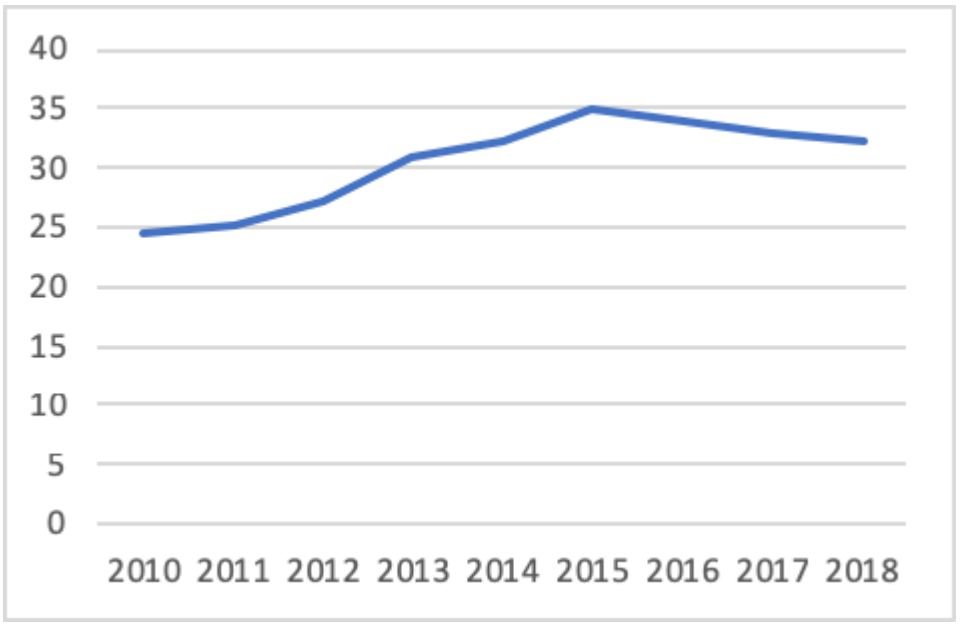
Tabela 4
Óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna
Distrito Federal, 2006-2016

Ano	Óbitos maternos	Razão
2006	21	46,5
2007	17	38,6
2008	25	56,7
2009	22	50,1
2010	17	38,4
2011	17	39,1
2012	18	41,4
2013	21	47,2
2014	17	38
2015	12	26
2016	21	48,6

Fonte: SS-DF, 2017

Em relação à assistência à saúde, o percentual de afiliação ao setor privado apresentou uma tendência de crescimento entre 2010 e 2015, com uma ligeira queda entre 2015 e 2018 (Gráfico 2) . Em dezembro de 2018, este percentual foi de 32,4%.

Gráfico 2
Percentual da população afiliada ao Setor Privado
Distrito Federal, 2010-2018



Fonte: ANS, mês de referência dezembro.

A proporção de médicos por mil habitantes no DF é de 4,35 profissionais (a média nacional é de 2,18), sendo que 60% destes não prestam serviços no SUS. Os médicos especialistas são 73,4% do total de profissionais, contra 26,6% de generalistas (razão de 2,76 especialistas para cada generalista, sendo esta a melhor relação do país). Os médicos representam 52,4% da categoria, contra 47,6% de médicas. A idade média dos profissionais é de 44,2 anos, com um tempo de formação médio de 18,3 anos. A maioria dos profissionais está concentrada até 44 anos (60,2%), segundo dados da pesquisa de Demografia Médica de 2018 (Scheffer, 2018).

A proporção de enfermeiros por mil habitantes (1,47) no DF em 2017 era a mais alta do país sendo que a proporção cai para 1,20 quando se considera apenas aqueles que prestam serviços ao SUS. (Proadess, 2019)

Na Tabela 5 podem ser visualizados alguns indicadores selecionados a partir da matriz de análise de desempenho dos sistemas de saúde proposta pelo Projeto de

Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess) conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz, nas dimensões de efetividade, acesso, eficiência, aceitabilidade e adequação.

Tabela 5
Desempenho Sistema de Saúde
Indicadores selecionados, Distrito Federal, 2010-2017

	DF		Brasil	
	2010	2017	2010	2017
Efetividade				
Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano	2,1	7,2	2,4	8,8
Incidência de Aids*	18,9	15,4	16,7	18,5
Incidência Tuberculose	11,2	9,2	36,4	33,1
Percentual de mortes hospitalares por AVE hemorrágico	34,7	26,8	27	27,8
Taxa de mortalidade padronizada por HAS	21,3	34,7	27,7	29,8
Acesso				
Cobertura de Papanicolau**	80,5	74,1	78,4	70,8
Cobertura Vacinal de idosos contra gripe	82,1	78,7	81,9	81,4
Imunizações em < 1 ano por tetra/penta/hexavalente	91,7	144,5	98,6	93,1
Postos ou centros de saúde como serviços de uso regular**	37,2	33	56,8	53,7
População que refere nunca ter realizado consulta odontologica**	6,1	6,1	11,7	10,3
Eficiencia				
Percentual Vasectomia regime ambulatorial***	98,3	84,1	94,5	87,6
Percentual de hemorroidectomia ambulatorial***	40,1	65,6	18,5	28,5
Percentual Herniorrafia inguinal ambulatorial***	31,5	7,9	29,2	10,3
Aceitabilidade				
abandono do Tratamento de Tuberculose*	2,4	7,6	12,4	11,1
Adequação				
Percentual de nascidos vivos cuja a mae fez 6 ou mais Consultas de Pré-natal	68,6	73,3	60,6	69,3

* Informação para o ano de 2016 e não 2017; ** Informação para os anos de 2008 e 2013; *** Dado exclusivo do SUS

Fonte: PROADESS

O percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) tem caído desde 2010 (Tabela 6). As principais causas de ICSAP variaram no decorrer dos anos estudados, mas as pneumonias bacterianas aparecem como uma das 3 principais causas em todos os anos analisados.

Tabela 6
Indicadores de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP)
Distrito Federal
2010, 2015 e 2018.

INDICADORES/	2010	2015	2018
Percentual de ICSAP sobre o Total de internações[2]			
	23,8%	22,1%	20,4%
Percentual das três principais causas de ICSAP[1]			
Brasília	12,0% Cerebrovasculares	12,5% Insuficiência Cardíaca	12,0% Pneumonias Bacterianas
	10,5% Pneumonias Bacterianas	11,0% Infecção Urinária	10,1% DPOC
	9,6% Insuficiência Cardíaca	10,1% Pneumonias Bacterianas	9,7% Infecção Urinária

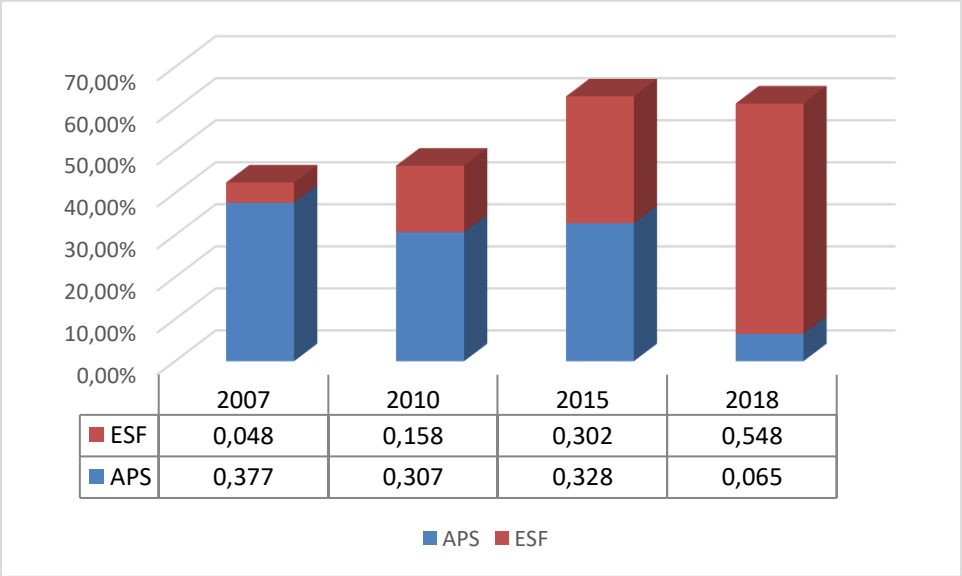
Legenda: Bruta - Taxa por mil habitantes; RHP - Razão de Hospitalização Padronizada

1. DATASUS/MS. Informações de Saúde. Epidemiológicas e Morbidade. Geral, por local de internação, a partir de 2008.

2. Cálculos Próprios, a partir de: DATASUS/MS. Informações de Saúde. Epidemiológicas e Morbidade. Geral, por local de internação, a partir de 2008.

O aumento da Cobertura da APS em geral e particularmente da ESF é marcante entre 2007 e 2018, como pode ser visualizado no Gráfico 3. Na Tabela 7 detalha-se o aumento do quantitativo de ESF que ocorreu no mesmo período.

Gráfico 3
Cobertura da APS e da ESF
DF 2007 a 2018



Tabelas 7 – Número de equipes na Atenção Básica (AB), Estratégia de Saúde da Família e NASF em Brasília/DF credenciadas nos anos de 2007, 2010, 2015 e 2018.

INDICADOR/ANOS	Brasília		
Número de Equipes	ESF	ESB	NASF
2007	33	6	0
2010	119	23	5
2015	250	86	10
2018	483	191	28

s: Para Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal: e-Gestor Atenção Básica/MS. Relatórios Públicos. Histórico de Cobertura. Cobertura de Atenção Básica e Cobertura de Saúde Bucal, considerando a competência de Dezembro do ano relacionado. Para Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): DATASUS/MS. Informações de Saúde. Rede Assistencial. CNES - Equipes de Saúde. Quantidade por 'Tipo da Equipe' segundo 'Município', considerando a competência de Dezembro do ano relacionado.

V. A Reorganização da Atenção Básica em Brasília na Perspectiva dos Atores Envolvidos

Passa-se agora à análise dos principais temas que emergiram da análise do material empírico.

5.1 PRIMEIRAS MEDIDAS VISANDO MODIFICAR A AB NO GDF

Diversos autores indicam que o sistema de saúde do DF se caracterizava por marcada fragmentação entre os níveis de atenção do sistema e vínculos frágeis entre usuários e profissionais da saúde. Uma elevada desorganização administrativa dificultava tanto a manutenção de equipamentos quanto o abastecimento de insumos, resultando em: *"baixa qualidade de cuidado com duplicação de testes diagnósticos, polifarmácia, referenciamentos inadequados, discordância sobre o sistema, planos de cuidado e risco aumentado de intervenções desnecessárias, além de ser mais oneroso para todo o sistema" (Batista et al, 2019, p, 2044).* Por outro lado, o DF sempre foi reconhecido por garantir uma das mais sólidas e bem remuneradas carreiras do setor saúde brasileiro.

Na gestão da saúde capitaneada pelo Secretário Humberto Lucena Pereira da Fonseca, que se estendeu de março de 2016 a dezembro de 2018, período relativamente curto, se desencadearam importantes iniciativas visando modificar a maneira como se organizava a rede básica de saúde do GDF, as quais foram nomeadas pelos gestores de então como projeto "Brasília Saudável".

A fala dos diversos gestores da gestão de Humberto é consensual em afirmar que a ESF nunca tinha sido efetivamente priorizada em gestões anteriores, pois havia uma multiplicidade de modelos:

> "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" (Gestor).

Nesse cenário, aliado às peculiaridades administrativas e disparidades socioeconômicas e regionais do DF, deflagrou-se o movimento interno de reforma administrativa do SUS, que culminou no Converte.

Há uma ressalva ao "Programa Saúde em Casa" (PSC), que na década de 1990 foi desenvolvido pelo Governo Cristovam Buarque, como a primeira tentativa de implementar a ESF. Esta iniciativa ocorreu entre os anos de 1995 a 1998, conduzida pelo Instituto Candango de Solidariedade, o qual tentou promover a implementação da mudança do modelo de atenção básica desenvolvido até então no GDF (Göttems et al., 2019). De acordo com outro gestor entrevistado:

> "o Programa Saúde em Casa era uma contratação por CLT [que ofereceu] uma grande formação para entrar em campo naquela época. Tinha uma preocupação muito real (...) e a gente tinha 100% de cobertura numa região da Samambaia. (...) a gente teve um êxito muito interessante. A gente teve uma aceitação da população aos poucos, mas teve. Não se falava de classificação de risco, não se falava de territorialização, como se fala hoje, então a gente não tinha isso institucionalizado pelo Ministério da Saúde. (...) era uma outra estória, tinha um outro desenho meio baseado no modelo cubano, no que Niterói fazia e aí a gente desenhou isso na época(...) Era em 96, 97, estava bem no começo. Era Saúde em Casa do Instituto Candango. Cristovam Buarque perdeu a eleição para o Roriz e ele, o Roriz, demitiu todos os servidores do Saúde em Casa por um decreto, então eram dois mil e tantos funcionários, todos na rua. Ficaram apenas as enfermeiras grávidas, me lembro bem disso".

Segundo um dos entrevistados, "a última vez que a gente teve uma experiência séria de saúde da família foi essa". Porém, como se viu, tal iniciativa, que havia alcançado mais de 60% de cobertura populacional, foi desmontada no governo subsequente, de Joaquim Roriz, o qual, em poucos meses, reverteu a cobertura populacional para cerca de 3%. Alguns autores acreditam que, em parte, essa desconstrução se deve a limitações da própria proposta do Saúde em Casa, a saber:

> a duplicação de estruturas de atendimento, com funcionamento paralelo à rede de saúde tradicional, em residências alugadas, desarticuladas das atividades dos Centros e Postos de Saúde existentes; a contratação de trabalhadores da Estratégia Saúde

> da Família por meio de organização não-governamental, fora, portanto, dos quadros do serviço público; e a retribuição salarial muito acima dos valores pagos ao funcionalismo público, argumento recorrente para explicar a resistência dos servidores da SES-DF ao trabalho das equipes do PSC (Göttems et al., 2009, p. 1415).

Um dos médicos que participou do Grupo Focal, entretanto, também valorizou o esforço institucional de ampliação da rede básica que havia sido desenvolvido pelo governo que que antecedeu o da experiência aqui analisada. Entre 2011 e 2014, a gestão da saúde do Governador Agnelo Queiroz teria conseguido partir de uma cobertura irrisória e fazer um crescimento relativamente grande. Segundo este médico, é importante entender a relevância do:

> salto que foi o governo Agnelo, o salto que foi triplicar coberturas de estratégia de saúde da família, mal e porcamente, do jeito como é em Brasília, mas, triplicar coberturas de estratégia de saúde da família; quando eu cheguei aqui, eram oito por cento e eu assisti a gente avançar para vinte e quatro por cento... de oito por cento, éramos a capital com menor cobertura e saímos da posição vexatória, ainda vexatória com vinte e quatro, mas saímos.

Por seu turno, dentre as características que os entrevistados reforçam para ter conseguido desenvolver a proposta de qualificação da AB no GDF está o fato de Humberto Teixeira ser o primeiro Médico de Família e Comunidade (MFC) a assumir o cargo de Secretário de Saúde no DF, bem como de ter conseguido compor uma equipe com outros MFC, todos com importante visão de gestão e experiência de assistência na rede do próprio GDF.

Segundo os entrevistados da gestão Humberto, a primeira medida visando ampliar a ESF se deu em Ceilândia, por ser a maior cidade do Distrito Federal, com cerca de quatrocentos e noventa mil habitantes, e ter a pior cobertura populacional à época, de aproximadamente 22%. Inspirado na experiência da SMS do Rio de Janeiro, a gestão do GDF se propôs a realizar parceria com Organização Social (OS) nesta ação na Ceilândia. Entretanto, esta medida recebeu importante contraposição do conjunto das organizações sindicais dos trabalhadores da saúde, bem como do Conselho Distrital de Saúde. Além disso, o ex-secretário ponderou que a lei de parcerias com Organizações Sociais de Saúde (OSS) vigente à época no GDF era ruim e demandava aperfeiçoamentos. Assim, o projeto de lei por ele encaminhado não

foi aceito pela Câmara Distrital, o que fez a gestão retroceder e pensar em outra estratégia. Este evento foi referido por um outro entrevistado com a seguinte reflexão:

> E tem aquelas forças ocultas que, por exemplo, na época pensava-se que o Converte ia ser uma privatização da atenção primária, que ia ser OS para todo lado. OS é OS não é privatização, vamos entender melhor a concepção das coisas, então assim, OS é uma coisa, privatização é outra, a gente pode ter um modelo falido de OS, posso ter um modelo exitoso de OS.

5.2 A POSSIBILIDADE DE REDEFINIÇÃO DA APS A PARTIR DOS RECURSOS EXISTENTES

As dificuldades de modificação da atenção básica baseada nas OSS fizeram com que a equipe avaliasse a própria força de trabalho existente na rede de saúde no GDF. Com isso identificou-se a existência de centenas de profissionais médicos já atuando nas UBS como especialistas em outras áreas e não como MFC. Além dos médicos também havia centenas de enfermeiros e técnicos de enfermagem em situação semelhante, ou seja, atuando nas UBS de forma não vinculada à ESF.

Em boa medida, esta situação se dava em virtude da existência da Lei Distrital 318, de 1992, e da Lei Distrital 2.339, de 1999, que previam gratificações de até 35% aos salários dos trabalhadores que atuavam em serviços onde houvesse ESF, independente deles estarem ligados a ações da Estratégia ou do alcance de desempenho em saúde (Corrêa et al., 2019). Estas leis, quando formuladas, poderiam ter a intencionalidade de estimular a ampliação da ESF, entretanto, pela sua redação, não era necessário que os profissionais compusessem a ESF, podendo perceber a gratificação apenas por atuar em UBS em que alguma ESF estivesse vinculada. Segundo um entrevistado da gestão de Humberto Teixeira, na prática, o efeito desta normativa foi o de que

> pegavam agente comunitário de saúde ou uma equipe, lotavam numa unidade básica e as quatrocentas pessoas que trabalhavam lá, e que faziam qualquer coisa menos saúde da família, ganhavam os 30%. […] Isso gerou uma distorção, então o que era para servir de estímulo para a saúde da família, nós ficamos sem estímulo nenhum.

Esta leitura é reforçada por outro dos entrevistados, que nos diz que

> olhava o mapa do DF e via essa pulverização de saúde da família, que era um absurdo. Isso devem ter passado para vocês que era a lógica da gratificação, né. Aí você via uma equipe aqui, outra equipe lá, e você tinha 80 servidores num centro de saúde. Um ACS. Mas você tinha oitenta e você tinha cinco da equipe de saúde da família e os oitenta ganhavam gratificação e essa era a grande resistência da mudança, não tenho nenhuma dúvida que era, tirar a gratificação dos ginecologistas, dos pediatras, foi o grande embate.

Além da existência de profissionais em quantidade suficiente, a gestão à época considerava que já havia, também, infraestrutura mínima para suportar uma expansão imediata e substancial da ESF no GDF. Segundo outro entrevistado da gestão anterior:

> nós tivemos um desenvolvimento grande de unidades básicas de saúde nos anos 80 e 90, só que elas não faziam saúde da família. Tinha um monte de unidades que era a vantagem que a gente tinha sobre o Rio de Janeiro. O Rio precisou construir centenas de unidades, a gente não teve que construir centenas de unidades, a gente construiu algumas unidades e isso deveria continuar […]. Já tínhamos a capacidade, então o que a gente precisava era mudar o modelo, porque não dava para desprezar aquilo, né! Cento e setenta unidades básicas de saúde, aquela quantidade enorme de profissionais que ganham muito bem no Distrito Federal, então como é que a gente ia pagar muito bem essas pessoas e desperdiçar a força de trabalho deles?

Embora em termos quantitativos fosse suficiente o número de UBS existentes para desencadear os primeiros passos do processo, não escapava da equipe de gestão, entretanto, a percepção de que ainda havia dificuldades neste aspecto. Os gestores identificaram que tal insuficiência na infraestrutura vinha de um processo histórico que remontava à já citada experiência anterior de expansão da ESF. Nos termos de um dos gestores entrevistados,

> A gente ouvia falar, mas não via. Não se concretizava porque não tinha espaço físico para eles ficarem, não tinha. Era para ficar na rua e não na unidade, o conceito era esse. Mas que foi um conceito herdado da gestão do Cristovam, infelizmente, não é? Que naquele período de quando implantou o Saúde em Casa, a propaganda, eu lembro muito... A propaganda era essa, era a equipe entrando na casa, e depois do período de campanha ele voltou a falar de novo, né. Retomar o Saúde em Casa para voltar o médico de família e equipe de saúde da família que ia na casa das pessoas, então criou isso no imaginário aqui também, né. E

> aí dava impressão para quem estava na assistência na época, que não era o modelo substitutivo, era o modelo complementar.

Além de eventuais aspectos relacionados a projetos governamentais anteriores, um dos médicos no Grupo Focal indicou que o problema de estrutura das unidades básicas de saúde também se relaciona à própria questão fundiária da ocupação territorial no Distrito Federal. Para ele, o fato de existirem desde unidades básicas de saúde em condições de estrutura física boa e outras muito precárias, seria, em parte, porque

> a gente é refém, a gente não consegue expandir estruturas de saúde pela característica fundiária de Brasília que é muito parecida com a característica fundiária... você não tem áreas regularizadas e o engessamento da administração pública direta faz com que você só pode construir em área da administração pública e isso gera uma dificuldade enorme, uma dependência de aluguel de unidades, e um abandono de gestão ou falta de personalização da gestão também que faz com que essas estruturas vão se definhando.

Assim, um certo modo de estruturar a rede básica ao longo dos diversos governos se encontraria na base do processo histórico que levou à situação encontrada no início de 2016 pelo grupo que assumia a gestão, tanto no que se refere à questão da infraestrutura, quanto à força de trabalho da saúde. Isso, porque a ESF teve movimentos contraditórios ao longo dos anos, sendo um modelo dentre outros simultaneamente estimulados e implementados no Distrito Federal. Nesse sentido, dois entrevistados assim se referem:

> então assim, acho que a forma que foi implantada aqui também foi uma forma equivocada e aí levou a toda uma distorção. Também para quem estava bem-intencionado, inclusive, para os trabalhadores, não só com o olho na gratificação, mas a gratificação tem um peso importante, mas também sem entender como que isso podia funcionar sem o modelo tradicional junto

> O que chamava a atenção aqui na Secretaria de Saúde, na nossa atenção primária é que eu considero muito heterogêneo, os cenários e as condições de trabalho e é muito claro os diferentes modelos e a convivência de diferentes modelos na mesma unidade. Então, estratégia de saúde da família junto com modelo tradicional e tanto a própria equipe, mas, principalmente os usuários perdidos aí nesse fogo cruzado.

Essa situação, entretanto, é reconhecida como sendo consoante com parte do que ocorreu no país como um todo, em que aspectos da contratação dos

trabalhadores e da infraestrutura das UBS ainda são muito relevantes em boa parte das municipalidades, em virtude da maneira como foram implementadas as equipes e as unidades ao longo dos anos, sendo este um problema em boa medida ainda não sanado no SUS.

E mais do que apenas aspectos formais da contratação, também foi referido que havia uma construção simbólica na instituição da rede básica como um lugar que servia para designar os trabalhadores que não davam certo em outros setores. As narrativas de dois diferentes entrevistados indicam exatamente isto:

> a atenção primária historicamente no DF sempre foi um lugar em que estavam os servidores […] mais problemáticos, que era aquele que não cumpria a escala, não dava conta do serviço. Ou estava cansado de trabalhar. Ou estava muito cansado de trabalhar e ganhava o bônus para ir para a atenção primária... Entrava com restrição? Vai para a atenção primária!"

> (...) É interessante perceber que a resolutividade da atenção primária era muito limitada. Realmente, tinha claramente um entendimento, da atenção secundária e de outros profissionais, uma visão muito negativa do postinho, né. Da equipe como um todo, do médico da atenção primária e por aí vai. E acho que isso em parte era justificado porque tinha uma baixa resolutividade e uma baixa cobertura, ou seja, não tinha impacto nem no próprio ambiente que atuava, com raras exceções.

5.3 O "CONVERTE" NA BASE DO BRASÍLIA SAUDÁVEL

A análise da gestão em 2016 foi a de que seria possível ampliar a cobertura populacional da ESF para cerca de 70% com a reorientação da atuação dos profissionais que trabalhavam nas UBS já existentes. Segundo levantamentos da época, já estavam atuando na APS do GDF 328 médicos (entre Clínicos, Ginecologistas e Pediatras), 408 enfermeiros e 1.046 técnicos em enfermagem. Entretanto, estes profissionais não atuavam na estratégia de saúde da família (Corrêa et al, 2019).

A construção da mudança do modelo assistencial, porém, precisava tomar corpo através de proposição que fosse tanto conceitual quanto normativa. A formulação inicial contou com o protagonismo de Humberto Teixeira e do também

MFC Daniel Seabra Resende Castro Corrêa, que durante o ano de 2016 atuou como Subsecretário de Atenção Integral à Saúde e, em fevereiro de 2017, assumiu a Secretaria Adjunta da Saúde do GDF. Nas palavras de membros da gestão de Humberto foram escritas:

> duas portarias, porque nós entendíamos que tudo o que a gente fizesse tinha que ser bem normatizado. ..... Então, nós publicamos as portarias 77 e 78. [Para elaborar a portaria] 77 a gente sequer achou a definição de saúde da família, então nós fizemos a nossa. Então, o que tem naquela portaria é efetivamente um produto intelectual de médicos de família procurando estruturar a atenção primária do Distrito Federal. Então, publicamos a 77, que nós esperávamos que fosse a fase final. Mas não adiantava fazer só isso. Se a gente não chegasse nisso… e aí publicamos o 78 que, basicamente é o Converte.

Continuando:

> Nós tínhamos nas unidades básicas todo tipo de médico. Eles iam para lá para ganhar mais e trabalhar menos, né. Então, tinha anestesista, tinha cirurgião vascular, tinha endocrinologista, tinha... Sem falar nas três básicas, né: pediatra, ginecologista e clínico. […] Eles estavam lá fazendo o que eles queriam, faziam a agenda do jeito que eles queriam, atendiam quem eles queriam, era isso o que acontecia.

Diante disso, 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.

Para os que desejassem continuar atuando na especialidade de origem era preciso, por um lado, definir o serviço no qual seria lotado e, por outro, era preciso produzir sua inserção de modo que pudessem contribuir com a resposta às necessidades de saúde mais demandadas no sistema. Como à época não existiam policlínicas estruturadas em quantidade suficiente para assimilar tais profissionais, que somavam 160 médicos (48,8% dos que atuavam em UBS no modelo tradicional), eles foram deslocados para diversos serviços, tais como ambulatórios e hospitais.

Dos médicos que atuavam no modelo tradicional, 51,2% decidiram inicialmente permanecer trabalhando na rede básica e aderiram ao processo de Conversão nos moldes da Portaria nº 78, o que levou ao desafio de viabilizar a reorientação de suas práticas para que pudessem se vincular na ESF. Pelo fato de ter uma grande quantidade destes médicos especialistas em pediatria, ginecologia e clínica geral, e, também, pelo fato de que eles atuavam na ESF, em sua quase totalidade, sem ter cursado residência médica ou mesmo especialização na área, houve a exigência de realizar o concurso e atuar nas equipes de saúde da família do GDF (Corrêa et al., 2019).

Para solucionar tal situação foram criadas 135 equipes de transição, compostas por médicos e enfermeiros que passariam por uma formação com carga horária de duzentas e vinte e duas horas, visando promover uma qualificação mínima que os habilitasse a atuar melhor (Corrêa et al., 2019). Segundo um entrevistado da gestão anterior:

> evidente que não era uma capacitação para se tornarem especialistas em medicina de família, era para eles terem as competências básicas para fazer o que a atenção primária requer e depois desenvolver; então é fazer um bom pré-natal, fazer um bom controle de hipertensão e diabetes, uma boa puericultura, saber identificar as urgências que são resolvíveis na atenção primária, saber fazer um bom encaminhamento, evitar encaminhamentos desnecessários, é isso o que a gente queria, e aí fizemos isso. Inclusive, para os médicos de família, teve médico de família com cargo que se interessou e então preparamos essa capacitação.

A proposta de capacitação deveria se dar de modo que contemplasse atividades teóricas e práticas e explorasse noções básicas da Estratégia Saúde da Família. Os principais elementos para organizar o cuidado para grupos prioritários (saúde da criança, saúde da mulher, pessoas com condições crônicas e outros), bem como as principais causas de demandas espontâneas na rede básica (Corrêa et al., 2019). Além de permitir a reorganização do processo de trabalho visando garantir que mais do que a mudança de vinculação, se desse uma mudança na atenção. O processo de formação relacionado ao Converte teve também a finalidade de valorizar quem já estava atuando na rede básica e tinha pouco investimento de educação permanente. Um dos gestores entrevistados lembrou que:

> a discussão com [um dirigente importante da Secretaria] era de como a gente valoriza o servidor. Quer dizer, como é que a gente dá chance para o servidor que quer fazer melhor, quer fazer diferente, quer fazer estratégia de saúde da família, que já trabalha há anos na atenção primária. Vocês sabem, (...) o pessoal fica muito fixo aqui e tinha servidores de vinte anos trabalhando na atenção primária... Então, como é que você faz com que esse médico, esse enfermeiro que nunca trabalhou na estratégia possa aprender e contribuir com o modelo, né?! Então, acho que foi um pouquinho também dessa discussão

As equipes de transição deveriam ter um tempo determinado para funcionarem, para evitar que elas se tornassem, na prática, mais um modelo a existir ao invés de serem efetivamente um arranjo provisório. Na sua configuração associavam-se três médicos, com formação entre pediatria, ginecologia e clínica, para que compusessem uma equipe de transição, a fim de apoiarem-se mutuamente ("se matriciar internamente", conforme terminologia usada por um dos gestore) no desenvolvimento das competências gerais para, em seguida, passarem a atuar como MFC. Além destas, também tinham equipes de transição que eram compostas inicialmente apenas por enfermeiros, as quais eram completadas posteriormente com o ingresso de médicos de família e comunidade contratados mediante concurso público (Corrêa et a. 2019).

A formação dos profissionais que aderiram ao Converte para desenvolver as ações previstas nas ESF, entretanto, para alguns dos médicos, não foi desenvolvida de modo adequado. De acordo com o um dos consensos do Grupo Focal com médicos, principalmente a partir da narrativa de um profissional que trabalhava na atenção básica como especialista e resolveu converter-se, o processo de formação vinculado ao Converte:

> foi um absurdo porque eles não deram, tipo, - a gente vai dar um curso para quem quer converter... Não deu curso! Eu dei aula de ginecologia e obstetrícia para os colegas que eram clínicos e pediatras. O clínico deu alguma coisa de hipertensão e diabetes... Foi aquela coisa muito meia boca e depois mandou a FEPEX fazer uma prova para a gente. Falaram assim, - 'amanhã tem uma prova da FEPEX, quem passar, entra, quem não passar, não se converte, vai para o pronto socorro ou vai para ambulatório'. Aí (quem não passa) divide e perde mais (remuneração) ainda. Então, assim, as pessoas que não converteram foram, na verdade, punidas, e a gente que converteu ficou aquela coisa... Você vê um colega pediatra, a vida toda como pediatra, tendo que

> fazer obstetrícia; você vê um clínico falar - “amiga, como é que põe a mão na barriga, um sonar como que é?

No mesmo sentido, outro médico que também mudou de especialidade para continuar trabalhando na rede básica, ao se referir a este processo afirmou que recebeu menos um processo formativo oficial e mais uma construção de rede de ajuda dentre os próprios médicos com quem estava atuando. Segundo ele, “a gente começou a se ajudar, a gente fazia a nossa conversão ali dentro, a minha sorte foi essa; e até hoje a gente se ajuda, a gente montou um grupo de WhatsApp só da gente, precisou”.

Realizadas, enfim, as etapas previstas para o Converte, dos 328 médicos que atuavam anteriormente na rede básica no modelo tradicional, 110 finalizaram com aproveitamento a capacitação e foram aprovados na avaliação escrita, chegando a realizar a mudança de especialidade para MFC (Corrêa et al., 2019; Fonseca, 2019). Como o número de “convertidos” foi insuficiente para a cobertura que se desejava, outras medidas foram desencadeadas pela gestão para ampliar a quantidade de médicos. Vale ressaltar que a palavra “convertido” apareceu em diversas entrevistas, e é utilizada cotidiana pelos profissionais e gestores. No caso dos profissionais muitas vezes assume um tom jocoso, como se fosse realmente uma “conversão” religiosa”.

5.4-OUTRAS MEDIDAS PARA AMPLIAR O ACESSO À AB NO GDF PARA ALÉM DO “CONVERTE”

O Converte se configurou como uma das ações mais marcantes dentre as desencadeadas no âmbito do Brasília Saudável, entretanto, outras medidas ocorreram simultaneamente, ou em consequência dele, e tiveram impacto importante nos seus resultados.

Como se propuseram a realizar uma expansão da ESF maior do que a conseguida com a readequação funcional dos médicos do modelo tradicional, foi necessário convocar médicos que haviam sido aprovados em concurso e que ainda estava vigente. Além disso, foi realizado novo concurso público para médicos, dessa vez com exigência de residência médica em medicina de família e comunidade. Segundo gestores, foram nomeados, na curta gestão de Humberto, 409 médicos de

família, seguido de mudança da portaria de requisitos em dezembro de 2017. A partir de então no Distrito Federal passou-se a exigir a especialidade ou residência em MFC.

Além dessas medidas de ampliação de médicos aptos a atuarem na ESF, também foram desenvolvidas ações específicas para os enfermeiros. Foi criado o cargo de Enfermeiro de Família e Comunidade, embora esta ainda não seja uma área de atuação na enfermagem com a mesma consolidação da área na medicina. Segundo um dos entrevistados da gestão anterior,

> a enfermagem não está no nível de evolução de maturidade da medicina em relação à saúde da família. Eles têm uma associação, mas eles não têm uma residência específica, eles não têm uma forma de certificar específica. Eu acho que eles vão desenvolver, mas acho que criar o cargo é um primeiro passo. Então, o que nós fizemos? Primeiro, tinha só o cargo do enfermeiro... Tinham dois cargos, enfermeiro e enfermeiro do trabalho e nós criamos algumas especialidades de enfermagem. Então, criamos enfermagem obstétrica e criamos enfermagem de família e comunidade. Não exigimos do enfermeiro de família e comunidade nenhuma titulação específica, [mas] tem que fazer uma prova de saúde da família, o que já lhe dá algum diferencial em relação aos outros enfermeiros, mas não tinha a [necessidade da] especialidade. Acho que a evolução é que quando a enfermagem se organizar […] também vai exigir essa especialidade.

Não obstante o concurso para enfermeiro de família e comunidade tenha sido realizado no ano de 2018, em virtude de problemas relacionados a recursos, que impediram a homologação do resultado dentro do prazo previsto pela lei eleitoral então vigente, não foi realizada nenhuma nomeação para este cargo até o final do ano de 2018 (Fonseca, 2019). Embora o concurso estivesse vigente no momento em que realizamos este estudo de caso, não houve convocação dos aprovados pela atual gestão, um dos fatores prováveis para a não chamada segundo um dos entrevistados da gestão atual residia no diagnóstico de que havia "um superávit na atenção primária, nós temos cerca de 200 enfermeiros a mais do que o necessário na atenção primária."

Um dos entrevistados destacou que, mesmo sem a convocação dos aprovados no concurso, a presença dos enfermeiros na AB já era consolidada, em suas palavras:

> Na área de enfermagem (...) a [atenção] primária precisava ser fortalecida de alguma forma. (...) Foi bem atrativo a ida da enfermagem pra a primária, tanto para enfermagem quanto para o técnico de enfermagem. Então a gente não teve problema com

> relação a isso. (...) Atrativa no ponto de vista econômico, passou a ter a gratificação maior, né. Na verdade, teve um movimento no DF há muitos anos atrás de que ninguém queria trabalhar na primária, e aí fizeram o ajuste com a gratificação como um chamativo para as pessoas irem trabalhar na primária nos centros e posto de saúde.

Mesmo com esta consolidação, as ações dos enfermeiros eram muitas vezes bastante circunscritas, como fica claro na seguinte fala:

> Ainda tinha em várias unidades os enfermeiros especialistas, então os programas eu tinha enfermeiro responsável pelo programa de tuberculose, então o caso de tuberculose responsável pela unidade fica para aquele enfermeiro, o enfermeiro responsável pelo programa de hanseníase, então ainda tinha especialidades dentro da área de enfermagem

Com tais medidas o resultado alcançado na expansão da cobertura de ESF foi do patamar de 28% em 2016 (havendo autores que apontem 34% em janeiro de 2017), para pouco mais de 69% em 2018 (Corrêa et al., 2019; Fonseca, 2019; Tasca et al., 2019). Estas variações dependem do número de pessoas considerados como de referencia para as equipes. Fazendo um balanço desse processo de expansão, um dos entrevistados afirma que

> chegamos a ter 560 equipes, depois perdemos alguns profissionais que constituíam algumas equipes, terminamos com 538, deu 66,6% de cobertura, com a normatização bem feita de todo processo de trabalho e completamente extinto o outro modelo, extintos todos os demais modelos de atenção primária na estratégia de saúde da família e ainda conseguimos passar uma lei que fala que a estratégia de saúde da família é o único modelo de atenção primária do Distrito Federal. Então tivemos o apoio do Ministério Público, do Conselho de Saúde. [Então], você não pode se desviar desse caminho porque a lei fala que este é o único caminho possível.

Outro entrevistado corroborou com a perspectiva acima afirmando que

> colocar o modelo da estratégia de saúde da família como modelo exclusivo no DF acho que não há dúvida que é acertado e que era fundamental. Agora, houve questionamento, por exemplo, em relação à forma como foi feito, mas não sei também... Não conseguiria apontar outra forma de fazer aquilo de uma maneira que fosse mais lenta ou gradual, ou discutida. (...) Eu vejo evidências robustas de que esse modelo tem funcionado. Eu

> acredito que é possível haver ou criar outros modelos. Eu acho que este modelo pode ter e tem limitações, mas a gente precisa adotar um modelo que tenha alguma confiabilidade e a gente tem referências nacionais e internacionais que nos dão a segurança do que a gente fez como atenção primária. A estratégia de saúde da família é bem interessante.

Além de ampliação do número de equipes, também se buscou ampliar o acesso ao cuidado com outras medidas. Definiu-se que os serviços deveriam se configurar segundo duas modalidades: as UBS tipo 1, compostas por até três ESF, e que funcionavam oito horas diárias e 40 horas por semana; e as UBS tipo 2, com quatro ou mais ESF, com horário de atendimento expandido das 07:00h às 19:00h durante os dias de semana e das 7:00h às 12h nos sábados. Embora seja vista como uma medida relevante para a população, essa ampliação de horário produziu desgaste com alguns trabalhadores, pois “mexeu muito na zona de conforto, as unidades fechavam a porta meio dia, a sala de vacina fechava ao meio dia”. Por outro lado, permitiu que se construíssem escalas de trabalho médico que poderiam ser atrativas para conciliar o cumprimento da carga horária elevada das ESF com outros interesses do profissional. Observou-se que no GDF havia “médico que fazia o D8, isto é, fazia oito horas por dia; outros faziam o D9 e folgavam um turno por semana; outros faziam o D10, trabalhando quatro dias e folgando um.

A ampliação do acesso também passou pela composição da ESF com outras modalidades de equipes atuando na atenção básica. Segundo as reflexões de um gestor entrevistado soubemos que

> depois do Converte a gente sentiu a necessidade de organizar tanto a saúde bucal, que a saúde bucal foi parametrizada também na época para poder ficar na atenção primária, e também o NASF, que a gente esperou a questão do Ministério para saber, e também fizemos as portarias do NASF. (...) Foram muito no final, mas se vocês forem ver os CNES, (...) a gente abriu absurdamente o número de NASF cadastradas no CNES, que acho que eram oito NASF, nove NASF e passamos para vinte NASF cadastrados.

Por meio da Portaria SESDF nº 341, de 12 de abril de 2018, se reorganizou a assistência odontológica na atenção primária no DF (Fonseca, 2019) e de acordo com Basso e colaboradores (2019), as ações desencadeadas no processo do Brasília Saudável no âmbito da saúde bucal levaram a mudanças no processo de trabalho, promovendo vínculo com comunidade e atuação multiprofissional, ao mesmo tempo

em que ampliou o número de equipes e cobertura populacional. Com a criação de 95 novas equipes de saúde bucal (eSB) e a ampliação de carga horária de cirurgiões dentistas que atuavam na AB em outras modalidades, entre fevereiro de 2017 e fevereiro de 2019, passou-se de uma relação inicial de 1 eSB para 2,59 ESF, para a de 1 eSB para cada 2,1 ESF. A cobertura populacional de atenção à saúde bucal na atenção básica passou de 24,76% para 31,66% (Basso et al., 2019). No entanto, segundo Corrêa et at. (2019), a reorganização da saúde bucal no Brasília Saudável teria levado a que, em julho de 2018, o número de equipes de saúde bucal atuando na atenção básica do GDF fosse de 218, o que corresponderia a 53,8% de cobertura. Não obstante essa divergência em números, vale apontar um esforço na ampliação e qualificação da saúde bucal simultaneamente ao movimento de reformulação da ESF no GDF.

Quanto ao NASF não foram encontrados na literatura dados quantitativos sobre sua expansão, mas apenas, acompanhando a PNAB de 2017, a publicação no GDF das Portarias SES nº 489 e 496, ambas de maio de 2018, que regulamentaram a estruturação e organização dos NASF, buscando sua expansão gradual até que todas as ESF estivessem vinculadas a equipes de NASF (Corrêa et al., 2019; Fonseca, 2019). Entretanto, no Grupo Focal com os médicos, identificou-se de forma consensual entre os participantes a crítica ao fato de que não se permitiu a constituição de NASF com a presença de médicos especialistas.

Embora esse arranjo fosse possível segundo a PNAB, essa possibilidade foi compreendida pela gestão como um risco, pois médicos especialistas resistentes à mudança para a especialidade de MFC poderiam migrar para os NASF como uma medida de continuarem na rede básica apenas para continuar com a percepção da gratificação. Assim, as equipes de NASF reorganizadas no bojo do Brasília Saudável foram vistas por um dos participantes com pesar, pois segundo ele: “isso é uma coisa que faz muita falta para a gente, que por mais que exista uma estratégia de matriciamento com médicos em determinadas especialidades, é bem diferente de você ter um médico com especialidade no NASF”.

5.5 A MUDANÇA DA AB COMO PARTE DA REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO GDF

Outra modificação que se desencadeou simultaneamente e que teve consequências também na reorganização da atenção básica foi o processo de regionalização. Por um lado, permitiu a desconcentração de algumas atribuições da gestão para as regiões de saúde do GDF, embora ainda haja funções administrativas essenciais que continuam concentradas no nível da Secretaria de Saúde. Por outro lado, as análises dos entrevistados indicaram que o fato de as ações do Converte e a estruturação das novas modalidades de gestão regional terem ocorrido de modo muito rápido, comprometeram um pouco dos resultados previstos para o Converte, porque "como foi uma mudança recente no DF, as regiões ainda não estavam organizadas o suficiente para se entenderem como região".

Foi o desafio de implementar as várias ações do Converte, as quais dependiam dos superintendentes e demais gestores em âmbito regional, mais do que uma heterogeneidade na compreensão sobre a proposta de reformulação da atenção básica, num momento em que as Regiões ainda engatinhavam, que gerou problemas para ambas iniciativas. Segundo relato de um dos entrevistados

> o Converte veio como um novo desafio, também trouxe um empenho muito grande para os gestores regionais poderem fazer isso acontecer. O planejamento da sua atenção primária, quantas equipes eu preciso para cada área, quantas equipes eu vou precisar para cada território sem conhecer todo aquele território de fato. Então o que a gente tinha eram os índices de vulnerabilidade, o IVS, e a gente estava usando o IBGE, uma estimativa populacional com uma atualização que o IBGE faz. Mas é claro que não é a mesma realidade pé no chão, né, do seu território. Então, foi todo construído em cima de estimativas, isso é fato, tanto é que a gente teve que fazer alguns ajustes depois.

Para outro entrevistado, a regionalização foi compreendida melhor no processo do Converte. Segundo seu ponto de vista

> o diálogo [entre os níveis de atenção] sempre existiu, um pouco antes dessa questão da regionalização a gente vivia já com um coordenador, um único coordenador para a região, mas a comunicação interna, ela era bem ineficaz, era um pouco cada um na sua caixinha. Com o conceito da regionalização, de ter o superintendente, então neste momento é que a gente conseguiu começar a olhar a região como região, e aí a pessoa na época que estava no cargo conseguiu começar, conseguiu trazer esse

> conceito de que a gente precisava olhar como uma área única e fazer as suas trocas, sempre, independendo do foco da SES.

Segundo um dos gestores entrevistados, uma das consequências da nova organização da AB foi a possibilidade desta passar a desempenhar um dos atributos da APS que não era operado no GDF, qual seja, o primeiro contato. Com a regulação do acesso ao sistema a partir da ESF, a AB passaria a ter um papel efetivo de ordenadora da rede, nas suas palavras:

> as pessoas marcavam direto nos ambulatórios de hospital, cada um tinha sua agenda, não tinha regulação, era anárquico todo o processo e isso gerava, e gera ainda uma pressão de demanda de saúde muito forte. [Além disso] outros municípios, principalmente dos então 22 municípios da rede, agora aumentou, foi para trinta e tantos municípios... e 23% das internações do DF serem de outros Estados, principalmente de Goiás, mas vem do Piauí, vem da Bahia, vem de um monte de lugar... Com a atenção primária você consegue organizar isso. Porque? Porque todo acesso à atenção especializada que não seja de urgência e emergência é feito via atenção primária, então se a pessoa não está adstrita naquela unidade, para procedimentos que não são de urgência e emergência ela não tem acesso. Então, se ela precisar de uma cirurgia eletiva, ela vai precisar procurar a atenção primária do seu município, lá em Goiás, e se houver um convênio com o Distrito Federal, aí ela pode ter acesso aos hospitais do DF.

Outro entrevistado expande o ponto de vista acima, apontando a importância da atenção básica para a organização de todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Em suas palavras:

> O interesse do gestor em fazer com que realmente a atenção primária seja a porta de entrada é um diferencial. Ter como uma proposta de governo a organização da rede de atenção à saúde dentro do território, colocando a atenção primária realmente como porta de entrada é o principal exemplo. A gente sabe que se não tiver esse interesse político... porque, a estruturação do serviço depende muito além do nosso esforço aqui, individual, depende de uma lógica de planejamento, de investimento, e a principal diferença que eu achei aqui no DF. O que mais me motivou a trabalhar na atenção primária aqui foi justamente isso, o interesse, a motivação e colocar realmente o fortalecimento da rede, que aí vai além da atenção primária também, que eles entenderam que se a gente não construir a rede e fortalecer todos os níveis de atenção para cada um fazer o seu papel, a gente nunca vai conseguir realmente ser efetivo e ser resolutivo na saúde da população. Então, teve todo um processo de

> fortalecimento da atenção primária. (...) Precisa entender que precisa começar pela primária, precisa estruturar a secundária, tem que ter os hospitais, a rede terciária também fortalecida, porque se a gente não tiver cada ponto da rede fazendo o seu papel com qualidade e excelência a gente não consegue dar vazão para a necessidade dos usuários. Às vezes é resolutiva na atenção primária, mas a partir do momento que ele tiver qualquer demanda fora desse nível de atenção, se não tem essa estruturação, esse paciente vai se perder, porque a primária não vai dar conta porque extrapola essa capacidade.

Assim, outra consequência da reorganização da Atenção Básica em Brasília foi a estruturação da atenção especializada e também da redefinição de toda a regulação no âmbito do GDF. Na visão de dois diferentes entrevistados,

> acho que tem um ponto que foi importante na Secretaria é que tinha uma afinidade muito grande entre a coordenação da atenção primária e da secundária. A secundária não existia no DF antes do Converte, (…) a atenção especializada estava dentro das unidades básicas de saúde, né. Os especialistas todos (…), a especializada foi organizada a partir do Converte, né; começou a se organizar. E o complexo regulador depois da organização da secundária também veio baseado a partir da atenção primária, o primeiro diretor do complexo regulador era médico de família.
>
> Então com a criação da secundária a gente viu e tem trabalhado nessa questão de que a primária teve o seu momento, o hospital é um momento *ad eterno*, mas a secundária tem que crescer e tem que ter o seu papel de fazer a ponte e segurar as pontas para que o hospital fique em uma situação melhor em termos de criticidade dos pacientes que chegam.

Registros nesse sentido também emergiram em falas realizadas no Grupo Focal com os médicos, como no momento em que um deles indicou que “talvez a comunicação e a facilidade de algum, de acesso à atenção secundária talvez seja uma das grandes vantagens” do processo como um todo desenvolvido nos últimos anos pelo GDF. Outro médico afirmou que houve ampliação no acesso a exames laboratoriais regulados pela equipe, minimizando a necessidade “do paciente ter que ficar se digladiando na fila do laboratório”. Numa outra fala, foi também enfatizado o mesmo aspecto:

> eu consegui ver como médica as coisas que a gente conseguiu avançar quando tinha iniciado, então, eu já consigo ver a

> regulação funcionando de alguma forma, com o SISREG e o SISCOM; então, na região leste, a gente conseguiu avançar nisso, a gente já zerou fila de várias especialidades e isso começou lá atrás, começou quando a gente estava brigando com a atenção secundária, de se comunicar bem com a atenção primária, e isso sempre foi uma briga porque um ajuda o outro.

Não obstante, ao mesmo tempo em que se reconhecia que a iniciativa trazia a regulação para o cotidiano da equipe, registrou-se que houve resistência de parte dos médicos para assumir o papel de inserir no sistema de regulação os dados que se faziam necessários para seu adequado funcionamento.

Para Batista e colaboradores (2019), um dos desafios postos para a regulação no GDF é a necessidade de elaborar uma dinâmica para a regulação em um território que tem, simultaneamente, características de um município de grande porte e de um Estado. Foi criado, nesse sentido, o Complexo Regulador do Distrito Federal, mediante o Decreto 38.488, de 13 de setembro de 2017 (Fonseca, 2019). Além de se organizarem os fluxos de acordo com panoramas de regulação estruturados segundo a distribuição dos serviços nas regiões, também se implementou, a partir de 2018, uma parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês e Ministério da Saúde para implementação do Núcleo de Telessaúde do DF, implementando protocolos de regulação do acesso com o apoio do Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul (Batista et al., 2019). Dentre avanços preliminares identificados nesse processo, destacam-se a implementação da Telerregulação para algumas demandas por especialidades médicas e as ações para ampliação do acesso dos profissionais à Teleconsultoria (Guedes et al., 2019)

Foi por meio do Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018 que a estrutura administrativa da SES/DF foi alterada, dentre outras determinações, definindo uma instância específica para realizar a gestão da atenção secundária, para a qual foi central toda a transformação que vinha ocorrendo na atenção básica desde o ano de 2016 (Guedes et al., 2019; Corrêa et al., 2019; Fonseca, 2019).

5.6 SINGULARIDADES DA SITUAÇÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO GDF NA CONSTRUÇÃO DO BRASÍLIA SAUDÁVEL

Analisando as características do que foi implementado em Brasília observa-se a já referida grande contribuição de Daniel Soranz, então Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo, membros da gestão referem que além do Rio de Janeiro, também conheceram outras experiências de qualificação da AB importantes, dentre elas, Fortaleza, Florianópolis e Belo Horizonte. Os diferentes entrevistados, no entanto, destacaram o curto tempo em que as ações foram realizadas em Brasília como um diferencial em relação a outras localidades. Mas além disso, há aspectos fundamentais que impactaram de diferentes formas no caso em análise, que se relaciona às singularidades político-administrativas do Distrito Federal.

Essa característica foi indicada por vários dos nossos entrevistados, que atuam nos diferentes setores com quem nos relacionamos ao longo deste estudo. De modo muito claro, um dos médicos, por exemplo, afirmou no Grupo Focal que

> Brasília impactou todo o Brasil do ponto de vista de sua construção, não só do ponto de vista financeiro, mas do ponto de vista emocional, afetivo, das relações que se construíram, das relações de poder que se construíram, a maneira como Brasília foi construída ela é diferente provavelmente de qualquer outra cidade do Brasil, ela é muito peculiar nesse sentido.

Outro médico, também fazendo uma reflexão mais geral sobre como os avanços e desafios para a atenção básica que se apresentavam ao longo dos anos em que vinha atuando em ESF em Brasília se relacionavam com as singularidades deste ente federado, afirmou que um dos pontos centrais estaria na maneira como neste local se integram estruturas tanto de um governo estadual como municipal. Isto, a seu ver, teria consequências importantes em diversas áreas. Em suas palavras:

> Essa indivisibilidade de um Estado sem dúvida vai gerar problemas do ponto de vista de gerência, de gestão, de governabilidade, da ordem do que é organizacional, muito importante entender isso porque os gestores que em qualquer outro município, em qualquer outro Estado teriam poder e autonomia. Ela se dá baseada principalmente no processo financeiro, da autonomia financeira que não existe, da centralização financeira e isso sem dúvida nenhuma vai também trazer uma série de outros problemas baseados na concentração, na centralização de poder e na tomada de decisão.

Assim, é importante compreender todo o processo em análise do presente estudo de caso de acordo com suas singularidades, até para poder ponderar o que das medidas desenvolvidas podem servir, e de que modo, para dialogar com o contexto de outras localidades no Brasil e em outros países. Desse modo, nesta seção, apontaremos como se apresentaram na percepção dos atores que entrevistamos alguns dos aspectos relacionados a características peculiares do DF.

Em primeiro lugar, embora tenhamos apresentado, na seção anterior, que houve avanços na regionalização da atenção e da regulação em saúde, isso não foi suficiente para superar algumas dificuldades causadas pelo modo centralizado de se realizar a gestão no Distrito Federal. Isso se deve ao fato de o Distrito Federal apresentar características tanto de um grande município, na verdade de polarizar uma região metropolitana altamente populosa, com uma estrutura política e administrativa de um governo estadual, com vinculações constitucionais únicas no arcabouço jurídico brasileiro.

Dentre outros momentos, essa característica foi apontada por um dos médicos, ao afirmar que

> Uma outra coisa que eu acredito assim que tem muito a ver com o que o (outro colega) falou, dessa questão de dissociação entre Estado e município, [...] por exemplo, eu trabalho num município, chamo de município, de Planaltina, que em 2010, no último censo que é o dado real que nós temos, tinha cento e noventa mil pessoas, cento e noventa e nove mil pessoas! É um município enorme e os gestores da saúde, da educação, todas as instâncias, não tem autonomia orçamentária, nem de contratação, nem de redução de praticamente nada do orçamento. Então, isso é como se, no Estado de Pernambuco, o município de Olinda, para comprar uma agulha, ou para comprar um soro fisiológico, dependesse da gestão estadual.

Isso, em boa medida, se mantém também porque o processo de descentralização baseado na constituição das regiões de saúde se deu de modo incompleto. Iniciado ainda em 2015, durante os dois anos subsequentes, teriam sido envidados esforços para ampliar a capacidade de gestão em âmbito regional, sendo inclusive assinados acordos de gestão regional, que orientariam o trabalho dos Superintendes Regionais. Entretanto, as etapas seguintes de descentralização administrativa, que permitiriam ampla execução orçamentária e controle sobre contratações pelo nível regional não foram realizadas, em virtude da identificação de

que não havia estruturas administrativas robustas nesta instância. Restringiu-se a um pequeno montante financeiro a capacidade de execução direta pelas regiões, que foi regulamentado pelo Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS), o qual previa a possibilidade de, em situações de excepcionalidade, algumas compras, num limite de até R$ 8 mil por item, e contratações poderiam ser realizadas diretamente pelos Superintendendes Regionais. Não obstante sejam bastante limitadas as possibilidades deste PDPAS, ainda assim, considerou-se que ele teria permitido garantir a disponibilidade de alguns insumos em certas ocasiões (Fonseca, 2019).

Outra das singularidades do que se desenvolveu no GDF, segundo os entrevistados, também se deve ao fato de que a situação financeira do Distrito Federal é diferente de todos os demais órgãos governamentais brasileiros. Entre outros aspectos o modo como se dá seu financiamento faz com que a Secretaria de Saúde do GDF tenha pequena dependência dos repasses do Fundo Nacional de Saúde, algo em torno de apenas 10% do orçamento geral. Além do fundo constitucional e algumas leis que preveem recursos para o DF que não existem para outros entes federados, o município-Estado também tem uma rede bem consolidada e que agrega um conjunto de serviços que são referência para municípios e Estados fronteiriços, ampliando a captação de recursos por contrapartidas nas pactuações da atenção especializada.

Esse grande volume de recursos financeiros leva a que os próprios profissionais criem uma expectativa diferenciada não apenas em relação às suas condições de remuneração, mas também a como deveriam ser estruturados os serviços públicos de saúde. Um dos médicos, por exemplo, especulou que “talvez vocês possam confirmar, mas eu tenho um dado de que mais ou menos o orçamento da Secretaria de Saúde do DF é algo em torno do orçamento da cidade de Campinas”. Diante disso, este profissional conclui que “era para ter minimamente um padrão básico bem regular de qualidade e nós não temos”.

Ao mesmo tempo em que indica o volume do orçamento disponível como um elemento potencial para a gestão que desenvolveu, um dos entrevistados considera que a grande independência do repasse do recurso federal pode ter sido um dos

fatores para que a ESF não tivesse sido efetivamente priorizada ao longo de vários governos. Estas caraterísticas do DF levaram ao forte senso de urgência de mudanças e ao aproveitamento da janela de oportunidade que se abriu. Segundo este:

> quase tudo vem de outras fontes, entende? Então, talvez por isso não se tenha conseguido estimular, então precisou um médico de saúde da família Secretário de Saúde, com o apoio do governador e que teve essa visão de dar essa força técnica para a Secretaria. Consciente dos desafios e tal, para a gente conseguir implementar, por isso eu falava: 'a gente tem que fazer rápido porque o nosso tempo é esse.

Outro entrevistado discute as singularidades do DF e explora três aspectos bastante significativos e qualificam o sistema de saúde do município, em suas palavras:

> Tem outra coisa que no DF é bem diferenciado. É a questão de o centro do poder estar aqui. Então, a gente tem uma facilidade maior de fontes pagadoras, né. Então, alguém conhece um amigo político não sei onde, que faz uma emenda parlamentar tal e a gente consegue uma reforma tal… É uma coisa que é bom e é ruim, né. É bom porque a gente consegue ter o acesso e é ruim porque sai fora da linha de construção de boas práticas. Mas é um diferencial que a gente acaba tendo aqui. Outra coisa que eu acho que também é um diferencial é a questão da própria SES ter uma política hoje de investimento na gestão, então tem muitas parcerias, então tem parceria com o Einstein que aí o povo vai para o Einstein para fazer curso.
>
> Tem a parceria com a Fiocruz. Então, a gente vê que o investimento é o forte da SES, tanto de gestão quanto do profissional de ponta. Lógico que a gente queria que isso fosse de uma dimensão infinitamente maior do que é hoje, mas de existir e de ser perceptível é bem importante e isso é uma coisa que faz completa diferença.
>
> Outra coisa aqui no DF é a questão da inovação. Aqui tem o Inova SES que foi uma parceria para estimular os profissionais, estimular os gestores a desenvolverem novas práticas. Aqui no Distrito Federal isso é muito forte…

Outro dos elementos intensificados pela maneira como se dá a gestão no GDF se refere à gestão da força de trabalho na saúde. Alguns dos aspectos sobre essa questão já foram apontados anteriormente, mas ainda é necessário acrescentar o fato de que há tensões postas em diversos atores relacionado à própria distribuição dos profissionais nas diferentes regiões. Há diversos interesses em disputa em torno da definição do local em que os profissionais da atenção básica devem ser vinculados,

em parte, por ter o DF uma grande extensão territorial, levando a potenciais consequências na dinâmica de vida dos trabalhadores o lugar em que ele está lotado para trabalhar. Mas também, por serem previstas gratificações específicas de acordo com o local de atuação (pelo fato de trabalhar em região diferente de onde reside, ou por atuar em um serviço localizado na zona rural, por exemplo). Assim, tensões sobre essas definições acabam sendo evidenciadas, dentre outros momentos, na fala de um dos médicos que, no Grupo Focal, considerou como um problema a existência, num lugar com as características do GDF, em que há uma única "Secretaria de Saúde em que todos os servidores são vinculados a ela, e podem tramitar em todas as unidades pela qual essa instituição gerencia". Segundo este profissional, "esse é um outro padrão que dificulta muito, e aí talvez isso seja a razão das brigas que a gente vê, principalmente na periferia".

Este problema se acentuaria, na visão de alguns dos entrevistados, em virtude da dificuldade em se superar uma certa tradição de autoritarismo que remontaria às origens da própria cidade e à maneira como sua institucionalização teria sido marcada pelos anos iniciais de organização administrativa. Seria ela, segundo um dos médicos, uma "cidade que toda a estrutura administrativa foi construída na época da ditadura e parece que muita coisa ainda nesse modo administrativo". Segundo outro médico, o qual concordou que havia uma tradição extremamente autoritária e normativa na maneira como se dá a gestão no DF,

> os caras aqui tudo conversam só na caneta, os processos são disparados, não há pactuações mínimas com os trabalhadores no ponto de vista dos movimentos que vão ser feitos... o cara decide em cima, dá a canetada e vai, e manda um documento e a coisa assim funciona, tudo é desse jeito, é impressionante

De modo ainda mais incisivo, outro dos médicos afirmou que o governo de Brasília desenvolveria uma política para os profissionais temerária, que seria

> uma das práticas mais destruidoras do ponto de vista de saúde mental do trabalhador. Ela é feita com, até com estímulo, esse processo de remoção de pessoas, corte de gratificações, perseguição, humilhação, esse tipo de coisa é bastante comum, em Brasília a gente vê isso com uma certa regularidade e institucionalização. Então falta uma política de recursos humanos forte que a gente possa garantir que este profissional, que é muito bem remunerado a priori, continue se qualificando e continue tendo interesse de manter suas qualificações.

A ponto de outro profissional analisar de modo que não só é mais detalhado, mas aparentemente demonstrando uma dimensão maior de sofrimento em seu registro, também outro médico compartilhou no Grupo Focal que ele considera:

> que o mais grave de Brasília do ponto de vista profissional, não tenho como não falar disso, é do assédio moral, a prática do pequeno poder, a prática do massacre pessoal, a prática mantida e sustentada da humilhação, sustentada, e dos processos de desqualificação dos profissionais, principalmente na sua história. Então, você tem um profissional como nós, que somos jovens, formados, digamos, nos últimos trinta, quarenta anos, e temos profissionais aqui que têm sessenta anos, alguns quase de serviço..., é muito triste ver essas pessoas que são mais velhas em Brasília sendo abandonadas, pessoas que sustentaram a atenção básica, sendo abandonadas, e isso ser institucionalizado; ou seja, em cada governo que entra, ele vem numa perspectiva de atualização e de renovação, mas na verdade, ele destrói tudo o que existia antes, e isso é institucional, as gestões não conseguem se dialogar, nem do ponto de vista de garantir a estrutura.

E, por fim, também foi referido por outro médico que Brasília

> é o melhor lugar para se ser coronel, não existe melhor lugar da face da terra para ser coronel do que Brasília, na (ainda) atual música Faroeste Caboclo, a gente tem aqui essa contradição, de ser uma cidade tão libertária, tão progressista e ao mesmo tempo ela ser tão antiquada, trazendo o mais característico do conservadorismo, estamental, imóvel e estanque que o Brasil traz da sua colonização.

As falas acima não apenas registram e retroalimentam a sensação dos profissionais que as expressaram, como podem ser lidas, em conjunto, como um dos elementos que permitem compreender o fato de que um processo tão intenso de transformações tenha ocorrido em um período de tempo relativamente curso. Isso acarretando como efeito um dos seus pontos contraditórios, sendo simultaneamente potente e crítico, criando e destruindo no mesmo movimento, a depende de quem e de qual perspectiva se olha.

5.7 A SITUAÇÃO DOS ACS NA ATENÇÃO BÁSICA DO GDF

Não obstante tenha identificado importantes avanços na AB no período em que esteve à frente da Secretaria de Saúde, os gestores da gestão anterior consideram que o maior problema que Humberto Teixeira encontrou frente à SES no GDF, para a redefinição da atenção básica visando fortalecer a ESF, se deu com a categoria dos ACS. Sua proposta à época foi encaminhada na forma de projeto de lei que previa a criação do "emprego público de agente comunitário de saúde com processo seletivo simplificado e regionalizado e ainda fundindo com a carreira de agente de vigilância ambiental a saúde que é o agente de controle de endemias no resto do país".

Entretanto, tal medida não se viabilizou em virtude de aspectos relacionados à Lei Distrital nº 5.237, de 2013, aprovada na Câmara Distrital que efetivou como servidores estatutários os ACS que atuavam sob contrato por entidades privadas, na condição de celetistas. Esta situação gerou uma disputa judicial relacionada à constitucionalidade da efetivação destes trabalhadores, levando a que a gestão não pudesse realizar concurso público ou processo seletivo para a carreira de ACS no DF (Fonseca, 2019; Corrêa et al., 2019).

Mas as dificuldades vão além do aspecto jurídico. A remuneração dos ACS varia entre R$ 4.000,00 e R$ 6.000,00, valores muito acima da média nacional para a categoria e que dificulta financeiramente a contratação destes profissionais no GDF. Assim, segundo um dos entrevistados, "nem todas as equipes no DF tem agente comunitário, uma das coisas que a portaria 77 trouxe é a não obrigatoriedade do agente comunitário para compor as equipes". Porém, para os participantes do Grupo Focal dos ACS este é um importante conflito, pois

> o dinheiro que se paga para um agente comunitário de saúde hoje no Distrito Federal, se fosse terceirizar dava para pagar três. Porque? Porque eles iam pagar o piso e ia ficar por isso mesmo, então existe uma briga do sindicato de não contratar em regime diferente porque nós somos regime de servidor público e eles querem contratar celetista. Então, existe esse conflito entre sindicato e o governo para fazer isso porque para eles é mais viável fazer assim. (...) Não vejo interesse nenhum do governo em manter a nossa carreira, em manter a gente trabalhando do jeito que a gente está.

Quanto à proposta encaminhada pela gestão para a criação de emprego público para o ACS, com a unificação de suas atividades com a dos agentes de vigilância ambiental, um dos entrevistados considerava tal medida importante pois, para ele, as ações de vigilâncias não vinham sendo realizadas. Para ele, os ACS

> não faziam e não querem fazer, não quer fazer [ações de vigilância], mas a gente queria unificar porque não faz sentido, né... Se o sujeito vai na casa da pessoa para ver se a vacinação está em dia, por que ele não pode orientar controle ambiental de vetor? Por que ele não pode verificar se tem alguma condição sanitária inadequada ali? Isso é um exército que vai na casa das pessoas uma vez por mês, por que eles não podem fazer junto? A gente não tem sobra em gestão pública para desperdiçar né, para que ter dois profissionais fazendo isso?

Esta iniciativa é coerente com a própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, em que se prevê a atuação do ACS integrada às ações da vigilância em saúde. A revisão da PNAB contribui de maneira importante para a gestão do GDF, em parte pelo fato de Humberto Fonseca estar à época na condição de Vice-Presidente do CONASS, mas principalmente porque o GDF é a única das Secretarias que compõem o CONASS que também é responsável não apenas pela gestão, mas por todo o gerenciamento da atenção básica em seu território.

Embora um dos aspectos importantes da modificação na PNAB, de 2017, tenha sido a situação dos ACS (Melo et al, 2018; Morosini; Fonseca, 2017), no entanto, um dos entrevistados caracteriza a questão dos Agentes como um dos problemas que a gestão Humberto Fonseca que não conseguiu avançar na experiência do GDF entre 2016 e 2018. Na sua análise, em boa medida, porque

> os agentes comunitários de saúde são uma força política gigantesca, eles são cabos eleitorais, eles vão em todas as casas do Brasil, então na hora que eles vão para o congresso eles conseguem qualquer tipo de absurdo que eles quiserem, porque não tem uma discussão científica séria sobre o papel deles, sendo muito sincero com vocês.

Pode-se, assim, afirmar que um dos traços importantes do processo de reorganização da APS no DF residiu exatamente na mudança do número de ACS incorporados em uma ESF padrão, que passou a ser de apenas um. De certo modo esta decisão antecipava uma das medidas mais polêmicas da última PNAB, como detalhado nos parágrafos anteriores. Inclusive um dos entrevistados refere que a

proximidade com a equipe do MS facilitou esta decisão da equipe do GDF, em suas palavras: "PNAB como era um processo que estava há quase dois anos em debate, de certa forma tinha um contato, eles sabiam que a gente estava em debate, não tinha a garantia que ia ficar daquele jeito, mas acho que isso influenciou essa tomada de decisão do DF." Outro entrevistado explica o que se viabilizou com estas mudanças em relação aos ACS e, também, aponta que segue sendo um desafio a ser superado, pois:

> foi feito um remanejamento dos agentes e as equipes foram sendo constituídas reorganizando território mesmo. Eu tinha uma equipe que tinha cinco ACS e precisava abrir mais equipes, deixo três em uma, duas na outra... Hoje um dos maiores pontos de tensão que a gente tem é a questão do agente comunitário, tem quase 70% das equipes que só tem um agente comunitário

A falta de ACS nas equipes apontada por este entrevistado foi também um dos consensos do Grupo Focal com os Agentes. Um dos participantes narrou, enquanto os outros concordavam, que

> quando a gente começou a trabalhar a gente tinha, não sei se era tempo, acho que era questão de tempo mesmo, acho que a gente tinha muito mais tempo para fazer o nosso trabalho que é diretamente com a comunidade, a gente fazia mais visitas, a gente tinha uma constância de visita, a gente tinha um domínio da nossa área muito maior porque a gente tinha uma área muito mais restrita e hoje a gente já sente que não é mais a mesma coisa. Hoje a gente apaga fogo. Isso já vinha acontecendo em várias gestões e acho que se concretizou de uns cinco anos para cá. Foram reduzindo o número de agentes comunitários em equipe e aí a gente começou a não fazer mais as visitas constantes como a gente fazia, a gente passou a fazer visitas à agravos das áreas que já estavam sem agente comunitário porque a gente não podia deixar o trabalho parar de andar. Então a gente começou a apagar fogo, nós éramos cinco, uma agente aposentou, não foi substituída, nós redividimos a área (...) entre os quatro que ficaram e aí depois que a gente fez essa redivisão das áreas que ficaram, novamente saiu um, e aí já não tinha mais como redividir, porque o nosso número de pessoas já estava muito grande. Então a gente começou a apagar fogo pontual ali naquela área e aí depois disso tiraram mais um e agora somos só dois. Então assim, o nosso trabalho não é mais de agente comunitário em si, o que a gente faz é apagar fogo. (GF ACS)

Outro participante do Grupo Focal dos ACS complementou a narrativa anterior assinalando outros efeitos das mudanças ocorridas em relação à categoria, em suas palavras destaca que:

> eu fui várias vezes [mudado de função], eu trabalhava na farmácia, trabalhava ajudando no curativo, buscando remédio, motorista. (...) Porque o Governo do DF não ajudava, se não fosse por nossa própria vontade, a vontade de ajudar aquelas comunidades o serviço não tinha ido para frente. (...) quando tinha seis agentes de saúde lá na minha área a gente conseguiu um vínculo bacana com a comunidade, mesmo sem, a gente não tinha posto, a gente trabalhava numa salinha que o pessoal tinha doado lá na comunidade, numa igreja e assim, a gente foi só tocando para frente, melhorando, melhorando. Aí depois os outros agentes saíram e ficaram só nós três e cobrindo aquela área imensa. (...) se você começa a querer fazer, pegar algo que você não consegue concluir, você acaba apagando fogo e esse apagar fogo fica ruim tanto para a equipe quanto para a comunidade, porque você não consegue, você começa um serviço e não consegue concluir com efetividade. Então assim, muita coisa fica faltando. Então hoje eu trabalho mais com urgências, quando acontece alguma coisa assim: uma gestante passou mal ou perdeu o bebê... aí eles me falam para ir lá, porque eu fico mais trabalhando dentro do posto, fazendo as coisas, outras tarefas, entendeu? (ACS)

> Eu mesmo já fui nomeado para conferir patrimônio da Secretaria de Saúde, então me tiraram da rua, das minhas visitas domiciliares, da minha tarefa diária para um serviço que era demanda do Estado. (...)já vi colegas agentes de saúde indo para a farmácia, para serviço interno, então tirou aquele vínculo né, (...) mas o vínculo com a comunidade fica porque você é bastante conhecido na região. (GF ACS)

De fato, a fala dos ACS é corroborada pelos dados secundários, por exemplo em dezembro de 2018, apenas 1046 ACS estavam cadastrados em 484 ESF implantadas no DF, segundo dados do E-Gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde. A difícil situação institucional dos ACS no GDF é valorada diferentemente, pelos vários atores. Dentre os médicos, por exemplo, há distintas posições. Um deles referiu que “não tem ACS porque eles acham que ACS é uma coisa que é descartável e não é necessária”. Mas no mesmo momento do Grupo Focal, outro médico afirmou que

> Então, são seis para sete anos sem contratação de agente comunitário, o que interfere. Não sei se é porque a Secretaria, várias gestões que se passaram, vários secretários, e eu não acho que todos acham que os agentes comunitários não são importantes, até porque teve um momento, teve um movimento no último ano de transformar alguns cargos extintos na figura de agente comunitário porque queria se habilitar equipes e querendo ou não sabe-se que essa não é mesma coisa, eles não foram capacitados e nem nada.

De todo modo, independentemente dos motivos que levaram à atual situação dos ACS, houve diversas falas de variados atores apontando importantes consequências da sua falta no cumprimento das atribuições das ESF. Um dos médicos referiu que não conseguia

> compreender uma equipe que pode dar certo sem o agente comunitário num número razoável, a uma proporção desse território, porque você não consegue fazer territorialização e aí você começa a fazer formas auxiliares de territorialização que não é aquilo que é como deve ser feito, que é conhecimento de campo, conhecimento das pessoas, adentrar na casa das pessoas para começar o mínimo de uma relação no território.

Isto tem demandado dos demais trabalhadores a construção de alternativas para tentar compensar essa falta de ACS no cotidiano dos serviços. Um deles indicou que a dificuldade de se “conseguir territorializar sem agente comunitário, como é que faz isso né, foto de satélite e conta as casinhas na foto...”. Outro médico detalhou como tem lidado com isso enviando um “formulário de autocadastramento compatível com o ESUS para o chefe de associação de moradores, ele distribui para a pessoa [que] se auto cadastra, cadastra todo mundo da família dele, manda de volta para a gente. Isso cai numa planilha de visita, visita e só tica se é verdade ou se é mentira”.

As faltas de profissionais e condições de trabalho são um consenso entre os diferentes entrevistados, além disso todos concordam também com o fato de que:

> quando essa transformação acontecesse [mudança do modelo assistencial] a gente ia ter um suporte maior, porque seríamos todos iguais e então, né, ia ter mais agente comunitário, ia ter mais enfermeiro, ia ter mais médico e a equipe ia aumentar. Mas o que aconteceu? Eles pegaram o povo que tinha e esticaram para cobrir uma área imensa, então nós estamos com o mesmo quantitativo de pessoas que a gente tinha ou menos, para cobrir uma área maior do que a gente já tinha. Então, é uma ideia muito bacana. A meu ver se ela fosse feita da maneira que eles planejaram com a quantidade de pessoas que realmente teria que

> ser, a gente arrebentava, não ia ter um modelo melhor do que o Distrito Federal. O problema é que eles querem fazer um modelo diferente com o mesmo quantitativo de pessoas e infelizmente não dá.

Isso pôde ser identificado, também, por outro lado, na afirmação por parte de profissionais que consideravam que o funcionamento da ESF em seu serviço estava adequado, pelo fato de que eles tinham um quantitativo de profissionais próximos do que se necessitava para efetivamente realizar o acompanhamento da população adscrita. Num registro explícito nesse sentido, um dos médicos afirmou que “eu funciono porque a minha equipe funciona e eu acho realmente que se todas as equipes fossem completas, tivessem ACSs, técnicos, eu acho que a demanda para o hospital ia diminuir muito para as especializações também”.

5.8- POSICIONAMENTOS CONTRA A IMPLEMENTAÇÃO DO BRASÍLIA SAUDÁVEL

Mas não foram apenas os ACS que se posicionaram e se mobilizaram contra a proposta de mudança do modelo assistencial no DF. O próprio fato de o município-Estado ter uma situação financeira diferenciada na gestão pública é considerado um dos fatores para que haja um histórico de concessões grandes de benefícios aos servidores que estaria na base de relações clientelistas entre parte dos trabalhadores e das lideranças políticas. Com isso, as remunerações do setor público passaram a ser bastante atrativas para o conjunto das categorias profissionais, quando comparado com outros municípios e mesmo com o setor privado. Por seu turno, a diferença remuneratória para os demais profissionais da saúde é enorme, de modo que segundo um dos entrevistados na “secretaria eles ganham proporcionalmente quatro, cinco, seis vezes mais do que ganham na rede privada; o exemplo mais claro [é de] uma nutricionista no Hospital de Base que ganhava 25 mil reais por mês. O salário de um nutricionista é três mil reais, quatro mil reais”.

Além de remuneração, foi indicado que havia também aspectos previdenciários diferenciados, como uma determinação legal de que o valor a ser recebido como aposentadoria seria o referente ao pago nos últimos três anos, o que levava à busca por expansão de carga horária ou por nomeações para cargos de chefia por parte de profissionais que já estavam próximos da aposentadoria.

A compreensão dessas questões demanda ampliar a lente analítica sobre a forte atuação das entidades sindicais no GDF, que acabam tendo um papel de defesa dos direitos dos trabalhadores, mas, em algumas ocasiões, conforme referido acima, podem desembocar em relações clientelistas com as forças político-partidárias. Isso se apresentou nas falas de alguns dos entrevistados. Por exemplo:

> Nós trabalhamos na saúde com os sindicatos dos médicos, sindicato dos enfermeiros, sindicato dos técnicos de enfermagem, sindicato dos agentes comunitários de saúde, Sindsaúde, que é o sindicato dos servidores de saúde, o sindicato dos odontólogos, o sindicato dos técnicos de laboratório, enfim... São sindicatos que politicamente tem uma força muito grande, eles podem não ter uma força de profissionais que seguem assim, mas são sempre pessoas que estão sendo candidatos a deputados e são eleitas. Então, o presidente do sindicato dos médicos já por duas vezes foi candidato a deputado, não foi eleito, mas ainda tenta como suplente. (…) O presidente do sindicato dos técnicos de enfermagem está eleito como deputado, então isso é uma mistura, então como legislativo e sindicato se misturam

Entre os ACS foi consenso a importância do sindicato para a defesa dos seus interesses e também o sentimento de que ele os representa. Segundo um participante que vocalizou a narrativa dos demais:

> A gente tem um sindicato nosso né, que representa a nossa categoria, e aí... e a gente… Eu me sinto representada. Eu me sinto, o pessoal lá corre atrás, entendeu. Eu acho assim... a gente entrou não existia esse sindicato ainda, então muitos eram filiados ao Sindisaúde e com as lutas e com o decorrer do tempo formou esse sindicato, eu acho que ele ainda carece de pouco recurso, mas acho que ele representa bastante, são pessoas que lutam pela gente.

Parte importante da resistência destas entidades se deve ao fato de que na gestão entre 2016 e 2018 teria sido interrompida uma prática frequente de ocupação dos cargos de direção da Secretaria de Saúde mediante negociação com as lideranças sindicais. Afirmou um entrevistado que

> sempre foi a gente; como servidor sempre ouviu essa história, - O sindicato tal vai ser responsável por indicar quem vai assumir os cargos de determinada área, de outra região, essa região o sindicato tal que manda. Então, sempre teve uma divisão política que todo mundo sabia nos bastidores, e na prática também, porque você vai ver hoje que tem subsecretário que ocupava cargo dentro do sindicato antes de ser subsecretário .

Além disso, no geral, houve uma posição contrária ao projeto da reformulação da atenção básica no Distrito Federal de boa parte dos sindicatos. Para um entrevistado,

> foram rachas, foram posturas diferentes, de uma forma geral todos se opuseram de alguma forma, não teve nenhum que apoiou. […] Por exemplo, o sindicato dos técnicos de laboratório só queria saber se os técnicos iam para a atenção primária. O próprio sindicato dos ACS não conseguiu apoiar, que era justamente para expandir os ACS e tal, e eles não deram apoio, apoiavam o modelo, mas aí buscavam outras coisas junto a isso e de uma forma geral a gente teve um bloqueio.

Mas a resistência de trabalhadores não se limitou às entidades representativas ou aos ACS. Os profissionais que atuavam na UBS, em muitas ocasiões, não queriam assumir a responsabilidade por uma ESF, nem aceitavam pacificamente a alternativa de sair da UBS e continuar como especialista em outro serviço. Para além da perda salarial implícita nesta segunda possibilidade, também contava o fato de que muitos profissionais tinham vínculos de especialistas em determinadas áreas e estavam há tantos anos com uma ação clínica bastante limitada na UBS que teriam dificuldade em voltar a atuar com um escopo de situações clínicas maiores e com mais recursos tecnológicos à sua disposição. É importante indicar que esta situação se deu não apenas com médicos, pois “as outras categorias deixaram, não se envolveram, não compraram a briga para um determinado lado afirmando ‘a gente apoia a atenção primária é importante a gente fortalecer tem que ter isso’; não houve esse apoio das outras categorias profissionais”

E houve mesmo parte dos enfermeiros com posições contrárias ao processo como um todo. Em relação a isso, a fala de um dos entrevistadores foi bastante esclarecedora, pois segundo ele, da parte de

> outras categorias [como os] enfermeiros, não houve um movimento importante de dizer que era importante fazer isso, então havia um corporativismo não só com os médicos, mas as outras categorias profissionais. (...) Acho que também era confortável para o enfermeiro que estava ali na unidade de saúde com vários médicos divididos, (…) não eram tão exigidos por uma demanda quando você abre a porta de uma unidade, então é a porta aberta e várias atividades que tinham que fazer. Ainda tinham em várias unidades os enfermeiros especialistas. Tinha enfermeiro responsável pelo programa de tuberculose, então o caso de tuberculose responsável pela unidade fica para aquele

> enfermeiro. O enfermeiro responsável pelo programa de hanseníase... Então, ainda tinha especialidades dentro da área de enfermagem.

Uma outra força contrária, que não necessariamente assim se explicitou em vários momentos, pode ser identificada como sendo composta por profissionais de trajetória mais longa nos meios políticos do GDF e que tinham a expectativa de ocupar a Secretaria de Saúde, mas foram preteridos. O governador nomeou dois secretários de saúde antes de convidar Humberto Fonseca, que era um ator estranho no cenário, visto que, historicamente, a ocupação de cargos na Secretaria de Saúde do GDF se dava por quadros de mais tempo de atuação no meio político local. Na fala de um dos entrevistados,

> A Secretaria de Saúde [do GDF] é muito diferente de qualquer outro lugar do Brasil que eu já conheci e olha que (…) eu já tive a oportunidade de andar muito por aí por esse país, né. É muito diferente e você tem assim, uma velha guarda que sempre mandou na Secretaria. E que sempre volta, né. E uma velha guarda que sempre sugou muito da Secretaria, então quando entra esse bando de menino novo, disseram - 'não vai dar certo, vai cair'...Não caiu. Então, talvez até por isso se tenha conseguido fazer mais, sabe?! Porque como achavam que não ia dar certo foi fazendo.

As medidas desencadeadas não apenas na atenção básica, mas na Secretaria como um todo colocaram outras forças contra o projeto político em implementação. Houve interesses contrariados de grupos econômicos que lucram em contratos com o setor saúde e que tiveram alguns de seus contratos revistos.

5.9- A ARTICULAÇÃO DE ALIADOS PARA GARANTIR A IMPLEMENTAÇÃO DA AGENDA POLÍTICA DA GESTÃO

Para viabilizar a sustentação das ações da gestão frente a tais forças contrárias alguns aliados foram fundamentais. A aliança entre diferentes forças introduz outro elemento importante para este estudo, pois as estratégias de sustentabilidade da experiência buscaram multiplicar os interlocutores, não apenas para participarem da construção da experiência, mas também para darem visibilidade e defendê-la num contexto eventualmente menos favorável.

Dentre os principais apoio os entrevistados colocam o respaldo que o então governador Rodrigo Rollemberg deu ao Secretário de Saúde e a toda a equipe nos momentos de maior desgaste político da proposta, pois “a força que o governador deu para sustentar as decisões tomadas por essa equipe, foi o mais importante”. O mesmo apoio foi destacado por outro entrevistado, com a afirmação de que

> a gente percebeu que tinha uma necessidade de mudança. O governo do Rollemberg nessa situação, porque para trás nunca foi feito nada. E a gente neste governo do Rollemberg teve essa preocupação porque a gente ganhou um Secretário que era médico de família e tinha uma visão de que esse movimento de atenção primária no DF tinha que acontecer. (...) Nesse movimento do Converte, eu acho que foi muito válida a medida corajosa do Humberto, da equipe dele, porque eu não via de outra forma para acontecer. Esta medida de passar a régua e agora é Estratégia [de Saúde da Família] para todo mundo teve que acontecer, e tirou da zona de conforto um bocado de profissional em especial os médicos.

Mas mesmo tal apoio foi considerado como sendo, em boa medida, fruto da competente articulação política desenvolvida pelos então dirigentes da Secretaria de Saúde, especialmente de Humberto Fonseca. Um dos entrevistados, ao se referir ao papel de Humberto nesta construção, afirmou que

> ele era uma pessoa que ia para todas as rodas de discussão dar a cara para falar. Então, assim, ele ia no Conselho de Saúde, ele estava presente, defendendo o modelo e falando. Ele ia para a câmara legislativa, ele estava sempre presente e com muita propriedade. Então, ele é uma pessoa que, a história, a trajetória dele deu para ele todo conhecimento e ele tem uma capacidade de guardar dados e de articular que eu acho que é muito importante, ele sempre soube explicar muito bem o processo. Então, tanto na câmara quanto no conselho de saúde, quanto promotoria porque é Ministério Público, enfim, todos os locais ele sempre esteve presente para explicar tudo. Inclusive, em termos de referência bibliográfica, literatura, de outros modelos que aconteciam (…), uma troca de experiências em relação a mudança de modelo (…) em outros locais também que ele buscou. Mas, eu acho que foi uma coisa de pegar na unha mesmo e ele ir diretamente.

A construção de um discurso comum por parte dos vários atores políticos foi fundamental e teve um efeito mobilizador com a sensação de pertencimento a um grupo que defende a construção de um projeto. Segundo um dos entrevistados:

> eu posso dizer como uma gestora que estava numa escala com várias pessoas acima de mim: é contagiante! Porque você faz enfrentamentos e você sabe que quem vai depois, acima de você, na hora que for chamado, vai falar a mesma coisa que você está falando. A gente até brincava com isso, parecia que a gente decorava fala, porque se ia alguém, de tanto que a gente conversava sobre isso… Podia ir governador falar e podia eu falar, a gente falava a mesma coisa... Acho que o Secretário teve um papel importante nisso, porque ele fazia contato direto explicando o modelo passo a passo de como estava sendo feito, então isso tinha.

Além dos atores sociais mais diretamente relacionados com o tema e capazes de decidir nas arenas formais, também se desenvolveram mobilizações de sujeitos políticos que operaram em outras esferas de ação. Um exemplo foi o papel, não muito claramente delimitado, que teve no processo a então primeira dama do DF. Por ser assistente social e ter trabalhado muito tempo no Ministério da Saúde, Márcia Rollemberg foi identificada como "uma grande defensora do SUS e ela ajudou a construir isso, então, a Márcia teve um papel fundamental; ela também ajudava no esclarecimento". Outro entrevistado reforça que "não digo de uma forma pública, mas no bastidor não tenho nenhuma dúvida de que Márcia teve um papel fundamental nos processos".

Também foi relevante a iniciativa de inclusão de novos atores no processo, sendo a própria juventude de parte das principais pessoas à frente da gestão um aspecto enfatizado por alguns dos entrevistados. Nos seus termos:

> é muito interessante a postura dos meninos né, eu digo, porque é um grupo de jovens que assume a Secretaria. (…) Jovens gestores, você pega assim o Daniel e o Humberto. E o Daniel sem nenhuma experiência de gestão, ele é médico da atenção primária da área rural, ele não tinha passado por experiência de gestão, mas assim uma visão muito interessante e essa sacação do Converte, quer dizer, foi uma posição muito madura de gestão.

Essa renovação, entretanto, sofreu resistências para além de quadros mais antigos do GDF. O fato de serem jovens os gestores que ocupavam a Secretaria de Saúde também foi objeto de críticas de outras forças políticas. Um dos entrevistados afirmou que, nos primeiros momentos, tentou-se desgastar o Secretário com afirmações levianas como:

> - Isso é onda desse garoto bonitinho…A mídia brincava com ele - 'Bonitinho, mas não presta. Não sabe o que está fazendo.

> Inclusive, o sindicato ofendia ele dizendo que era inexperiente, que veio aqui só para poder tirar uma; fingir que sabia fazer e ele não tinha experiência nenhuma de Secretaria porque é muito novinho e tal; e que ele tinha que voltar para o Senado. Então a gente ouvia muito isso.

Porém, além de serem jovens tecnicamente bem qualificados, outra característica relevante identificada no corpo de gestão da saúde foi a expressiva confiança no modelo que estavam implementando e na perspectiva da ESF como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. A certeza da existência de importantes evidências científicas de que a atenção primária é mais custo-efetiva para orientar a estruturação do sistema de saúde, justificava a proposta do modelo a ser implantado e aparecia em diversos momentos das entrevistas. Outros acreditavam que seu papel de gestor era o de implementar a norma vigente da ESF que estava definida como modelo prioritário para a PNAB. Também tiveram aqueles que confiavam que o processo histórico de implementação da ESF no Brasil teria demonstrado, com experiências concretas, a superioridade deste modelo em relação a outras alternativas existentes. Houve outro que referiram que as críticas às primeiras experiências de implementação de uma atenção primária seletiva na ESF permitiram a construção de possibilidades mais ampliadas de cuidado na atenção básica e mais próximas das diretrizes políticas do SUS e do Movimento da Reforma Sanitária. Enfim, diferentes agentes, com um conjunto de crenças heterogêneas, sustentaram a aposta na atenção primaria, centrada no MFC, e desenvolveram ações que levaram à grande coesão de um grupo potente de jovens gestores de saúde.

5.10-AS MÚLTIPLAS ESTRATÉGIAS DE SUSTENTABILIDADE DO BRASÍLIA SAUDÁVEL

A existência de atores políticos aliados e mobilizados não é suficiente para a construção de estratégias de sustentação de mudanças na saúde. Foi preciso que se materializassem medidas que envolveram desde a elaboração e aprovação de um robusto arcabouço normativo e legal para dar suporte à iniciativa, à negociação com o controle social, passando pela constituição de um corpo técnico ampliado, bem como pela ampliação dos interlocutores na academia e organismos externos de gestão. Para um dos membros da gestão:

> a gente deixou bem normatizado. Deixamos um corpo de servidores especialistas que acreditam nisso. A gente trouxe o conselho de saúde para essa discussão. Tem a resolução que determinava que a Estratégia [Saúde da Família] fosse o modelo e tal, mas já tinha acontecido antes e nunca tinha dado certo. Temos um contingente de pessoas para defender esse modelo e acho que a participação de organismos acadêmicos internacionais nisso é muito boa porque não fica no ar, entendeu. A gente fez muito bem normatizado, a gente publicou portarias específicas para isso, mas a gente também estava fazendo publicações acadêmicas, científicas, fizemos um relatório de gestão.

Outra pessoa entrevistada reforçou essa percepção ao afirmar os instrumentos desenvolvidos pela gestão que foram muito estruturantes, de modo que: “não quer dizer que se essa gestão (iniciada em 2019) quiser modificar, ela (não) modifica, mas é mais difícil com os instrumentos que foram colocados. O marco legal para tornar a saúde da família como uma política, a visibilidade e o próprio laboratório de inovação da OPAS”.

Tais estratégias, entretanto, são fruto de deliberado e importante investimento político da equipe gestora. A começar pela relação com instâncias do controle social do SUS. Um de nossos entrevistados afirmou que o conselho de saúde, inicialmente, “tinha pouca clareza do que era estratégia de saúde da família, então a gente precisou inclusive aprofundar com os usuários e trabalhadores o que era estratégia de saúde da família, que eles estavam tão acostumados com o modelo tradicional”. Essa relação levou a que, na própria dinâmica de formulação da política, tenha sido aprovada no Conselho Distrital do DF a Resolução 465/2016, que antecedeu e legitimou as ações que seriam consolidadas com as Portarias nº 77 e 78 de 2017 (Vilaça; Cavalcante; Moura, 2019; Tasca et al., 2019).

No longo excerto a seguir, além da produção de visibilidade através da relação com outros atores e a academia, o entrevistado reflete como o próprio Laboratório de Inovações da OPAS contribuiu para promover maior sustentabilidade:

> no final de 2017 nós fizemos um evento muito bacana na Secretaria que superou todas as nossas expectativas, que foi a primeira mostra de experiências inovadoras do DF. Essa foi uma ideia que surgiu no corredor, estava conversando com alguns colegas e a gente estava muito chateado de ver que tinha coisas belíssimas na Secretaria do DF e ninguém vê, ninguém mostra. A gente só levava crítica o tempo inteiro e resolveu fazer essa

> mostra. O resultado foi absolutamente superior ao que a gente imaginava, belíssimo. (…) A gente fez várias categorias e a OPAS foi o primeiro parceiro para a mostra. (…) O coordenador da Unidade Técnica de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS foi para a mostra, quando terminou ele falou '- Precisamos conversar, porque no DF vocês têm coisas que ninguém sabe. Vamos conversar, vamos ver uma forma de parceria. Aí ele falou da iniciativa do laboratório e eu falei, - Eu acho que tem que entrar, porque a gente está numa transição, a gente vai entrar num ano complicado... Eu já tinha participado de outros movimentos assim quando estava [em outra instância de gestão do SUS] e [sabia] o quanto é importante você ter um organismo forte internacional ou científico ou acadêmico, que ajude no momento de transição e você buscar as forças necessárias.

Identificou-se como importante a própria publicação, em junho de 2019, do número temático da Revista Ciência & Saúde Coletiva da ABRASCO, que apresentou um conjunto de artigos discutindo os "30 anos do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal - avanços e desafios". Também, foi feita a publicação do livro "A reforma da saúde no Distrito Federal: gestão resolutiva e evidências de efetividade" (Fonseca, 2018), disponível na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A estratégia de produzir estas publicações foi vista como uma das formas de gerar visibilidade e ampliar a sustentabilidade política e social do processo.

Um aspecto referido como importante em vários momentos foi o robusto arcabouço normativo desenvolvido. Ele foi um dos motivos da sustentação até o momento das principais ações desenvolvidas, mesmo tendo ocorrido uma mudança de linha política no processo eleitoral de 2018 e na composição do atual grupo gestor. Da parte de um dos entrevistados lê-se que "eu já ouvi o seguinte comentário 'como é que a gente desfaz tanta lei e tanta portaria?'". Na visão de outro entrevistado: "Então, o que eu percebo é que hoje nem todos os gestores estão afinados às vezes o suficiente para defender, e eles só não revertem por causa das barreiras legais, sabem que vai dar processo se eles desmontarem porque está indo contra a lei" .

Na percepção de tais entrevistados, parte disso se deveu ao fato de o então Secretário, além de médico, também ser advogado com formação jurídica consistente. Além do fato de que "ele lia [toda] Portaria linha por linha, não saía nenhum documento sem que alterasse do jeito que ele queria". Também foi reconhecida como relevante a capacidade "para achar soluções para as coisas, porque vários impasses no meio

disso e ele achava solução jurídica. Solução jurídica, ele alterava um artigo rapidamente assim para ficar claro".

Pode-se afirmar que o governo do DF se empenhou na construção de um arcabouço jurídico bastante harmônico, bem estruturado, de modo a facilitar a consolidação e sustentação do processo. Algumas das principais normas que o compõem são leis em sentido estrito, dotadas de maior estabilidade diante de eventuais turbulências políticas, embora a maioria tenha natureza majoritariamente infralegal, conforme pode ser visto no Quadro 2. Inclusive, isto não seria esperado, visto que não é típico que os conjunto dos assuntos disciplinados seja tratado em espécies normativas primárias, o que poderia configurar intervenção indevida e indesejada do Poder Legislativo nas atribuições tipicamente executivas, de determinar como organizar e estruturar os recursos do Estado para o atendimento das necessidades da população.

As normas promulgadas, portanto, trazem um grau moderado de imutabilidade às escolhas políticas realizadas, capazes de resistir a eventuais investidas pontuais de grupos de pressão. Entretanto, na hipótese de uma efetiva articulação da atual ou futuras gestões da máquina pública, será possível a revisão das medidas implementadas no todo ou em parte.

A regulamentação da APS é o principal foco do arcabouço normativo introduzido pelo GDF. Nesse sentido, o marco determinou a composição de equipes de ESF, conforme as necessidades e características regionais e socioeconômicas da população.

Quadro 2
Principais Normas Legais promulgadas na Saúde do Distrito Federal

ESPÉCIE NORMATIVA	Nº	ÓRGÃO
Decreto	37.515	Governo do DF
Portaria	77	SESDF
Portaria	78	SESDF
Portaria	210	SESDF
Lei	5.899	Câmara Legislativa do DF
Decreto	38332	Governo do DF
Portaria	386	SESDF
Portaria	408	SESDF
Decreto	38.488	Governo do DF
Portaria	4	SESDF
Portaria	55	SESDF
Lei	6.133	Câmara Legislativa do DF
Portaria	170	SESDF
Portaria	341	SESDF
Portaria	489	SESDF
Portaria	496	SESDF
Portaria	773	SESDF
Portaria	1.388	SESDF
Decreto	39.674	Governo do DF

Outro aspecto que vale ser mencionado foi a tentativa de melhorar a capacidade administrativa do DF, especialmente na aquisição de bens e serviços, com a promulgação dos regulamentos de Contratações e Execução das Contratações da SESDF.[1] Esses documentos instituíram processos padronizados e centralizados para as transações com o Poder Público, na tentativa de metodizar a gestão dos contratos e assegurar adimplemento tempestivo das obrigações pactuadas com fornecedores.

Entre as inovações regulamentadas, ressalta-se a: centralização de demandas e cobranças, que passaram a ser oficializadas; criação de comissões para a elaboração e execução dos instrumentos celebrados, com a participação da área técnica; estabelecimento de prazos e responsabilidades para a tramitação dos expedientes; e migração dos processos para o meio eletrônico, com monitoramento por indicadores.[2]

Ademais, a sustentabilidade do processo também se sustentaria na escolha da modalidade de gestão direta e não a terceirização, como dito anteriormente, conforme se propôs inicialmente. Segundo um dos entrevistados, também pesou nessa construção o fato de que o modelo de gestão por meio de OS "quem queria mesmo era o governador, o [Rodrigo] Rollemberg queria a implantação das OS. [Pois] como parlamentar ele atuou e eu não sei se foi na aprovação da legislação que regulamentou, mas ele teve um papel, então já era do DNA dele".

O fato de ter se apresentado resistência de diversas forças políticas na proposta originalmente desenvolvida, para alguns dos entrevistados, hoje, é visto como um ponto que pesa positivamente, quando se pensa na continuidade da iniciativa. Um deles justificou um balanço favorável para o processo de reformulação da AB não ter sido via OS pelo fato de que, quando estavam participando dessa discussão à época, "era um medo muito grande a permanência, porque, assim, tudo o que aconteceu antigamente, as tentativas de implantar a saúde da família no DF não deram certo porque era uma canetada e você desfazia".

---

1 Portaria SESDF 210, de 13 de abril de 2017; e Portaria SESDF 170, de 11 de abril de 2018, respectivamente.

2 Idem 3.

5.11 O PAPEL DOS TRABALHADORES DE SAÚDE APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DO BRASÍLIA SAUDÁVEL: A DEFESA DA MANUTENÇÃO,

O papel que os trabalhadores que vivenciaram todo esse processo têm hoje foi também discutido por vários atores. Em alguns momentos, foi referido como um dos fatores de sustentabilidade da iniciativa a importante adesão de parte dos trabalhadores que passaram pelo Converte e conseguiram, com isso, se reafirmar profissionalmente e se encontrariam mais satisfeitos com o trabalho que hoje desenvolvem na ESF do que o que realizavam anteriormente. Numa empolgada fala de um dos entrevistados que hoje atua como profissional em serviço “convertido”, identifica-se essa referência:

> É muito legal unidade convertida, porque assim, eles estão aprendendo a fazer desde o cronograma de equipe que não sabe como é que faz isso, não tem ideia, então assim, como é que eu faço a documentação, como é que eu mexo com o sistema, mas eles querem, a unidade em que eu estou quer fazer, e não quer fazer o que a gestão quer não, porque os gestores lá, desde quando eu entrei já está no terceiro gerente, então não é por causa da gestão, quem quer fazer são os servidores que estão lá, eles compraram a ideia, eles se reúnem, eles fazem atualização científica entre eles, pauta entre eles, e correm atrás disso, fazem o matriciamento, correm atrás do pediatra, fazem atividade, fazem matriciamento de caso, matriciamento disso. Então é uma construção que também vem do trabalhador, de certa forma, ele pode não vir maciçamente, mas a gente tem alguns núcleos que são fortes nisso. Hoje eu acho que a unidade que eu estou não se desfaz.

E além dos que se “converteram” e defendem o processo estando na própria rede básica, também se referiu que uma parte dos profissionais que não decidiu sair de sua área de atuação para se tornar membro da ESF não necessariamente o fez por discordar da medida. Teriam identificado

> até gente que falou assim ‘eu não vou me converter, vou para o secundário’, (mas) foram para o secundário conscientes do seu papel no secundário e ajudaram a construir o secundário e agora são excelentes matriciadores apoiando o primário, se responsabilizando pelo primário; eles não vão deixar o primário se desfazer, então essas pessoas hoje, na minha opinião, são quem carrega o modelo .

Entretanto, também foram identificados atores que poderiam ter sido melhor envolvidos na construção do processo de qualificação da atenção básica.

Especificamente, nos disse um dos entrevistados, poderia ter sido realizada uma parceria mais consolidada “com a Associação de Medicina de Família e Comunidade […] Não se estabeleceu uma parceria forte que eu acho que teria ajudado mais. É, veio depois, durante o processo, mas não previamente”. Refletindo sobre a mesma questão, outro entrevistado concorda, ponderando isso com elementos do próprio processo de consolidação das entidades representativas dos MFC em Brasília, mas também em nível nacional. Para ele,

> Isso se deu por alguns motivos que são muito comuns também, aquela coisa que tem um que é um pouco dissidente, tinha alguns conflitos anteriores entre os próprios médicos de família e tal, mas acho que este é um ponto que merece ser reforçado assim, para qualquer outra experiência que você fala, porque hoje é um coletivo importante, ele não era. Não era, ele cresceu muito. Ele não existia, quer dizer, quando eu estava no saúde da família (em experiência anterior de gestão) a gente não tinha médico de família, era a estória do vamos fazer com quem tem aí.

Ao mesmo tempo, porém, colocaram a dúvida sobre se tivessem participado de modo mais intenso desde o início, se haveria interesse em participação mais direta da parte das próprias entidades de MFC. Isso foi explicitado assim:

> Mas eu não sei também se na época..., assim, fazendo uma análise hoje..., com poucos médicos de família que existiam no movimento […], se o Converte seria bem aceito na época, sabe, porque existia dúvida, como é que um médico ginecologista, um clínico, um pediatra pode exercer a função de médico de família? Ele não está pronto para isso...

5.12 DESAFIOS AINDA EXISTENTES E PERSPECTIVAS PARA O FUTURO DA ATENÇÃO BÁSICA NO GDF

Não obstante, as diversas medidas, apresentadas em seção anterior, visando garantir a sustentabilidade do Brasília Saudável, elas não conseguem ser totalmente eficazes, na percepção dos gestores que implementaram o processo entre 2016 e 2018, visto que pairam ainda dúvidas quanto ao que ocorrerá nos próximos anos, se o fortalecimento ou o desmonte do projeto em si. Isso se percebe em afirmações como “o período eleitoral foi muito pesado, a campanha questionava muito, as primeiras notícias eram de revogação das portarias”. Ou a seguinte: “É, os sindicatos jogaram

contra muito pesado e começaram o governo muito empoderados, o que mudou rapidamente também, porque, sei lá o que está acontecendo nesses bastidores. […] Eu acho que é o segundo semestre que diz. É, não dá para saber...” .

Essas percepções são baseadas em elementos que lhes chegam de informações sobre movimentos em curso, sendo considerados por eles como mais do que mera especulação. No seio destes movimentos se destaca o protagonismo do Sindicato dos Médicos, que movido por posicionamentos da campanha eleitoral de Ibaneis Rocha, começou a articular a construção política do que seria o "reverte" assim que se inicia nova gestão. Há relatos de reuniões com a presença de "diretores regionais, com convite para o próprio Secretário de Saúde da gestão atual, a Academia de Medicina e a OAB". Esta situação se dava em virtude de estarem aparecendo os problemas dos “médicos que não se adaptaram, como fazer com médicos que não se adaptaram, que se arrependeram em converter possam voltar atrás, então eles falam hoje numa reversão individual”. Ou na fala de um gestor atual, que embora acredite que o número de profissionais insatisfeitos em ter aderido ao Converte seja baixo, menos de 5%, identifica a necessidade de readequações individuais:

> E é até uma discussão que outro dia desses eu levantei assim, não é fazer, que é o reverte, é o Reconverte, mas eu acho que a gente tem que dar a oportunidade para aquele médico que fez o Converte sair da atenção básica, porque senão ele vai ser um profissional que vai trabalhar nos próximos quinze anos insatisfeito.

No entanto, a tentativa de construção de um REVERTE como um amplo movimento político, até o momento de finalização do campo desta pesquisa, parecia bem improvável. Na fala de representantes da gestão atual observa-se as mudanças nas próprias posições políticas:

> nesse início de governo ainda está com muita indefinição, então não se tem um caminho, o governador promete lá durante a campanha do converte, voltar ao modelo tradicional, só que ele não sabe o que é isso, várias promessas de campanha que ele está fazendo o contrário.
>
> o Secretário como não conhecia ainda, falou assim nós vamos revogar a 77, que as portarias 77 e 78 são norteadoras, vocês

> sabem né, então quando ele falou isso foi aquele burburinho, ah meu Deus, vai voltar

Transacionando para as afirmações de que:

> ..até hoje não se tem essa intenção e o que a gente pensa é justamente o contrário, fortalecer cada vez mais a atenção primária e a secundária, a primária sendo ordenadora, e a secundária servindo de suporte (Gestor atual)
>
> Hoje está bem assentado, pelo menos, tanto na gestão atual quanto na transição foi definido que o modelo vai ser estratégia de saúde da família, a gente sabe que tem às vezes até um movimento muito corporativista de sindicato, de alguns médicos, mas não vamos voltar os médicos pediatras para dentro do posto de saúde, hoje, neste exato momento, não se tem nenhuma possibilidade disso acontecer(Gestor atual)

O discurso da gestão atual, embora faça críticas ao processo anteriormente conduzido, se foca principalmente n aproposta de reformular alguns pontos do Brasília Saudável. No tocante a Portaria 77, alguns dos indicadores propostos são considerados inexequíveis pela atual gestão ("a gente não tem nem como medir esses 30 ou 40 indicadores"). Outro ponto apontado é o horário de funcionamento estendido das UBS: "vale a pena ir até às sete da noite? Não vale? Porque a gente sabe que tem toda uma implicação na montagem das escalas, funciona sábado, não funciona sábado?"

É muito interessante o conteúdo transcrito abaixo, no qual se observa um tom de crítica mais à condução do processo do que propriamente aos objetivos:

> acho que foi um ato corajoso, porém, acho que faltou mais planejamento estratégico, porque? Por exemplo, a gente sabe que teve um aumento da cobertura muito grande né, chegou a, se não me engano, 68% na transição, só que aí você tem algumas incoerências até mesmo frente a PNAB…….hoje a gente está tentando melhorar e é o que a gente está correndo atrás. (Gestor atual)

A fala a seguir de um dos entrevistados pode ser considerada uma importante síntese: "Então é mais de refinamento e aprimoramento do modelo, agora não, vamos montar, desmontar o que já tem".

No entanto, diversas falas da atual gestão indicam a fragilidade da formação dos médicos no CONVERTE, inclusive apontando para a necessidade de novas

propostas: "hoje é que a gente começa a discutir a necessidade de ter um curso de especialização e de usar a escola para fazer uma especialização de medicina de família e comunidade para estes profissionais pós Converte".

Mas, vale ressaltar que a composição do quadro de médicos da APS no DF em 2019 é substancialmente distinta do momento do Converte: "a grande maioria hoje dos médicos que estão na atenção primária são esses profissionais que entraram no pós converte". Do total de um pouco mais de 500 equipes com médicos no DF, apenas cerca de 100 são provenientes do Converte.

> Então, hoje a gente tem 598 equipes, das quais 524 são padrões SES, ou seja, sem a obrigação do ACS, e 422 de acordo com a PNAB, com pelo menos um ACS, hoje a gente tem 66 equipes sem médicos, e 89 com profissionais Mais Médicos

Outro ponto importante que pode afetar a sustentabilidade do projeto reside na força de trabalho, que segundo vários entrevistados é um problema constante, dificultando qualquer processo de reformulação. Exemplo desse receio foi indicado assim: “existe uma unidade dentro da minha região onde 100% dos profissionais estão de licença médica. […] Todos os médicos e enfermeiros estão afastados por licença médica. […] Então, pois é, e que há gente falando que há tentativas destes servidores junto ao sindicato e a gestão regional de reverter essa unidade para o modelo tradicional, inclusive, de lá que vem alguns pedidos de médicos que querem mudar de especialidade, voltar a especialidade anterior”.

Ao mesmo tempo, o receio de retrocessos se dá porque os atores também não são fixos, e mesmo quem apoiou no início, a depender das circunstâncias, pode modificar sua posição. Entretanto, tais modificações não se dão em todos os setores ao mesmo tempo, mantendo geralmente uma composição entre pessoas novas e outras que vêm participando há mais tempo das ações. O próprio conselho de saúde, que teve parte dos membros modificados, a começar pelos representantes dos gestores, também teve continuidades importantes. Segundo um dos entrevistados, “a presidente atual, que se mantém como presidente do Conselho, acho que é uma figura estratégica importante ao compreender a proposta do projeto e bancar isso”. Outro entrevistado apresenta um entendimento no mesmo sentido e acrescenta que:

> a presidente do conselho é a mesma presidente de antes ainda, então, conversando com ela, vocês vão ver que ela tem um esclarecimento sobre a atenção primária absurdo, não parece um usuário falando, parece um gestor da saúde, ela não é profissional da saúde, não tem (formação na área), mas tem um conhecimento já sobre o modelo que não tem como desbancar isso de forma tão fácil, tão rápida, e a própria câmara legislativa, que por mais que tenha sido uma reeleição, muitos se reelegeram, se você for pegar vídeos anteriores, eles apoiaram o modelo. Então assim, como é que uma pessoa pode desfazer o que ela apoiou em discurso por tanto tempo? Então acho que foi um comprometimento mesmo de muitos atores aí no processo, que o Converte obrigou que todos tomassem uma posição, de certa forma, então eles tinham que falar se eram contra ou a favor tanto os políticos quanto os cargos técnicos e acho que hoje eles precisam se manter nesse posicionamento.

Mas além de evitar retrocessos, os atores que participaram da gestão de 2016 a 2018 que entrevistamos também identificaram algumas necessidades que eles já consideravam que a experiência implementada teria sido insuficiente para solucionar e, desse modo, continuariam demandando novas ações para serem superadas. Dentre elas, apontaram o fortalecimento das ações de formação dos profissionais e de educação permanente.

Outro ponto importante é a infraestrutura, o que não conseguiu ser resolvida na gestão anterior, que se traduz na fala de um dos entrevistados: “são poucas as unidades que tem uma ambiência decente”. Ademais algumas unidades concentram um número elevado de ESF, como fica evidente na fala de um dos médicos:

> então, são 13 equipes dentro de uma mesma unidade, uma coisa que… quando vai ser na prática, não tem consultório para todos os médicos atenderem; se todo mundo vier na escala, não tem consultório, então, sempre tem que contar com os atestados, com as faltas para poder encaixar a escala, a enfermagem não tem consultório, fica flutuando para as vezes conseguir um consultório

em outra oportunidade outro médico, falando da situação da UBS em que atuava, afirmou que “a gente tinha que revezar, duas equipes e não tem consultório para todo mundo das equipes, e então um turno está num consultório, e outro turno está a enfermeira” Parte deste problema poderia ser solucionado mais prontamente se não fosse outra deficiência ainda não superada na experiência em análise. Trata-

se da historicamente limitada capacidade de execução financeira da Secretaria de Saúde do GDF. De modo que, se por um lado, a dependência do orçamento federal é pequena, por outro perde-se constantemente a oportunidade de se fazer muito mais (como por exemplo, solucionar o problema da infraestrutura precária das UBS). Um dos entrevistados afirmou que foi apresentado no "mês passado ... um relatório onde constava a execução de atenção primária foi de 82%, e precisa devolver (ao Ministério da Saúde) cerca de cento e sessenta milhões de reais".

Além de reconhecer deficiências que permaneciam, também foram realizadas reflexões sobre aspectos que poderiam ter sido realizados de modo distinto. Dentre estas, um dos entrevistados da gestão anterior destacou que:

> se eu pudesse fazer diferente eu acho que me dedicaria mais na conversa regionalizada, sabe? Eu acho que a gente deixou e até por falta de pernas mesmo na época, mas eu acho que eu investiria muito nessa estruturação, que eu acho que muitas pessoas, o esclarecimento pode não ter chegado a todos com a mesma, com a homogeneidade que a gente precisava ter, por mais que a gente falasse ao microfone, que a gente desse entrevistas, não é todo mundo que pôde tirar suas dúvidas com pessoas que dessem dar respostas, então eu percebi um nível de conhecimento diferente entre regiões de saúde, e aí é claro, a gente não tinha pernas para alcançar todo mundo, mas acho que talvez valeria a pena ter estruturado uma equipe volante para poder apoiar nesses esclarecimentos.

Noutra reflexão, outro aspecto importante foi apontado:

> então, uma coisa que eu faria, a gente depende muito de pessoas para fazer, mas assim, se eu tivesse o lugar ideal, o cenário ideal, […] é (conversar) com as lideranças comunitárias, ir para as áreas de convivência comunitária e explicar o que é, porque a população recebe isso de uma forma muito errada, a informação chega para ela como a pessoa que está informando quer passar, então se é um médico que é resistente, vai chegar com toda a resistência que o médico está passando, se é um político, vai chegar com o olhar do político, do deputado que está passando. Então, o que eu percebi é que, quando a gente conversa com a comunidade diretamente, tira as dúvidas de como vai funcionar, é muito diferente.

Num sentido parecido, também foi apontado como limitação a concentração da ênfase do controle social em nível distrital, mas sem fazer o mesmo investimento na esfera regional e local:

> Os conselhos locais, ou os conselhos das regiões foram pouco empoderados. […] Então a população, população usuária ali das unidades tinha pouco conhecimento do projeto, embora tenha sido feito campanhas específicas distrital do projeto, acho que para o usuário final, a maioria das pessoas não chegou a ideia do que é o programa.

Também, não obstante os atrativos do trabalho no GDF em termos remuneratórios, a dificuldade de fixação de profissionais ainda persiste em relação aos médicos. Um fator no final de 2018 e início de 2019 que incidiu sobre isso trazendo mais desafios foram as mudanças em nível nacional no Programa Mais Médicos. Segundo um entrevistado, "desde o início do ano não houve renovação do Mais Médicos para o DF, e então a gente começou a perder profissionais e isso aumentou muito o absenteísmo (dos profissionais) na atenção primária, hoje a gente tem regiões que está em torno de 17% de absenteísmo".

Ainda, a própria dificuldade em prover os ACS, para além dos fatores já referenciados, também implica em outro problema: a limitada capacidade em ter dados confiáveis sobre as áreas de abrangência e sobre as pessoas que nelas moram. Assim, segundo diversos entrevistados tudo é calculado por estimativas, em boa medida, imprecisas. Também, quando se faz imperativo levantar dados junto ao território, são os profissionais com formação universitária que precisam ser deslocados para desenvolver tais atividades, prejudicando as ações assistenciais e outras demandas destes, bem como representando um custo elevado o tempo de trabalho deles para desempenhar uma atividade que não exige sua formação específica para ser desempenhada. Em maio de 2019, segundo informações da gestão existiam 598 equipes, das quais 524 são padrões SES, ou seja, sem a obrigação do ACS, e 422 de acordo com a PNAB, com pelo menos um ACS. Além de 66 equipes sem médicos, e 89 com médicos do PMM.

Dentre os problemas presentes noutras experiências que também foram identificados, indicou-se uma ênfase muito forte na construção de estratégias para lidar com a categoria médica, mas sem o mesmo investimento com outros profissionais. Sem desconhecer a importância da redefinição da vinculação dos médicos que atuavam na rede básica para que pudessem formalmente assumir como responsáveis das ESF, pudemos registrar nas entrevistas que esforços similares não foram desempenhados para solucionar outras necessidades também relevantes que

se referiam a outras profissões. E para além de aspectos trabalhistas, o baixo investimento no desenvolvimento de novas maneiras de se realizar a gestão compartilhada do cuidado em equipes, bem como a maneira como a educação permanente poderia ter sido melhor utilizada como ferramenta de gestão não passaram despercebidos nesta experiência. Para um dos entrevistados:

> A discussão do Converte foi muito a discussão clínica, discutir trabalho multiprofissional, controle, participação social, territorialização, promoção da saúde?..., a discussão era muito clínica, acho que essa foi uma pegada de fragilidade mesmo da aposta; acho que uma coisa, pensando nos outros lugares que tiveram uma aposta muito grande que é a educação permanente, aqui a educação é continuada, era focada em temas, o tema da educação permanente mesmo tendo escola de saúde ligada a Secretaria era muito, ainda era muito frágil […]; aqui a escola ficou separada, não está envolvida na discussão de mudança de modelo mesmo; então, foi muito focado no médico mesmo e o médico com a discussão clínica e não com o médico mesmo com a visão de atenção primária, acho que essa é uma fragilidade ainda muito grande.

Esta necessidade de fortalecimento de estratégias de educação permanente foi também apontada nas análises preliminares dentro do próprio Laboratório de Inovação em Saúde APS Forte da OPAS (Tasca et al., 2019). Especificamente, também não foi pensada uma formação específica para os técnicos de enfermagem, o que coloca mais problemas para o trabalho na ESF quando pensamos nas atribuições que cabem à equipe. Tampouco houve um investimento considerável em ampliação de outras modalidades de cuidado, como nas práticas integrativas e complementares, que ainda precisariam ser mais estimuladas, bem como na promoção da saúde, tanto através de academias da saúde, como de outras iniciativas da saúde e intersetoriais.

5.13 DAS TENSÕES EM TORNO DE QUAL MODELO DE ESF FOI EFETIVAMENTE IMPLEMENTADO NO BRASÍLIA SAUDÁVEL

Nos aproximando do encerramento deste já longo relatório, consideramos importante analisar um dos pontos de tensão que se apresentaram no campo da pesquisa. Trata-se de certo desencontro entre a maneira como os gestores que

implementaram o Projeto Brasília Saudável valoram os efeitos mais gerais em termos de expansão de cobertura e de redefinição da atenção básica em Brasília, de modo que teria passado a existir apenas um modelo operando, que seria o da ESF, e, por outro lado, diversas falas de profissionais que indicam uma posição contrária a esse entendimento, indicando que nem uma coisa nem outra seriam bem o que se divulga como resultados alcançados neste processo. Este desencontro é nítido na afirmação de um dos médicos, para quem o Converte "vem com os pés e as mãos fincados na coisa da fé da estratégia de saúde da família, sem as condições que a própria estratégia de saúde da família propõe para que se faça a saúde da família". Assim, é importante buscar identificar como percepções tão distintas são concebidas.

Tomamos inicialmente um elemento mais objetivo nestas divergências, que é o próprio cálculo da população coberta pela ESF no Distrito Federal. Em seção anterior, já havíamos indicado que se estimava como efeito do Brasília Saudável que se teria alcançado uma expansão da cobertura populacional de ESF foi de um patamar entre 28% e 34% em 2016/2017, para quase 70% em 2018 (CORRÊA Et Al., 2019; FONSECA, 2019; TASCA Et Al., 2019). Entretanto, parte dos médicos apontaram divergências importantes em relação à maneira como esses cálculos se dão. Em primeiro lugar, foi referido que esses dados partiriam de uma premissa que confundiria área de abrangência com área de influência, termos equivalentes, respectivamente, aos critérios de definição de uma área adstrita à equipe e para uma população adscrita a ela. Segundo um dos médicos que abordou isso,

> foi feita uma confusão com duas coisas que não tem nada a ver que é área de abrangência e área de influência. Então, na verdade, o que se fez para pintar o mapa do DF foi pegar e dizer assim: 'a cobertura de vocês na verdade não é essa da área de abrangência'; então, se você entra hoje na sala de situação do DF, o que tem lá tudo pintadinho são as áreas onde ficam as unidades. Na vida real, as unidades, de fato, não cobrem essas áreas; tem coisas que estão mais ou menos de acordo com o que está, talvez. nos níveis regionais de gestão, mas muito mais no sentido de direcionar o atendimento de quem chega na unidade.

Com isso, os profissionais questionam que o que os gestores indicavam como uma cobertura efetiva da ESF no Distrito Federal, poderia ser visto, em boa medida, na melhora das opções, como uma cobertura potencial. Entretanto, mesmo isso, é questionado por algumas leituras de médicos que questionam a possibilidade de se produzir o efetivo acompanhamento da situação de saúde da população adscrita, não

apenas pela já referida falta de agentes de saúde, o que levaria à falta de confiabilidade dos dados cadastrais de tal população. Isso se daria pela irrealidade do modo como algumas dessas áreas aparentemente cobertas por ESF que seriam definidas sem considerar mesmo condições gerais de composição de equipes, como se vê na fala seguinte:

> E todo esforço que foi feito na última gestão foi para sair de vinte e quatro para trinta e dois (% de cobertura populacional), com umas forçações de barra aí tentamos chegar a setenta, mas aniquilando todas as possibilidades; inclusive, eu trabalho, na minha unidade são três equipes para cobrir quarenta e cinco mil pessoas! Três equipes não, são três médicos! Porque eu não tenho ACS junto comigo – eu não tenho, porque nem um ACS me pertence –, mas não tem um ACE trabalhando comigo, eu não tenho um técnico em enfermagem trabalhando comigo, eu não tenho nenhum enfermeiro vinculado trabalhando comigo; então, sou eu e eu! Então, não tem como a gente falar de setenta por cento de cobertura, sessenta por cento de cobertura.

Nesse movimento, é a própria definição do que, na experiência do Brasília Saudável, se está conceituando como equipe de saúde da família. Para além da delimitação de uma área de abrangência e dos profissionais que devem entrar na composição da equipe para caracterizar uma ESF, também aspectos relacionados ao processo de trabalho das equipes foram problematizados pelos médicos no Grupo Focal. A ausência de realização de ações coletivas, ou pelo menos a enorme dificuldade em executá-las, em boa parte dos serviços, foi um dos pontos bastante criticados por estes profissionais. Isto estaria comprometendo tanto ações tradicionalmente realizadas na atenção básica em todo o território nacional, como vacinação, que é uma medida de saúde coletiva a ser realizada, preferencialmente, em todos os serviços, e não estaria ocorrendo em parte das localidades. Falando da tentativa, quando atuando em situação de gestão, de ampliar a vacinação para todos os serviços, um dos entrevistados referiu que considerava um absurdo o fato de que “na Amazônia chega um barquinho com uma caixa e faz vacina, aqui numa capital não faz vacina”. Mas também, foi afirmado que “as ações tradicionais de vigilância vinculadas a programas específicos como tuberculose, hanseníase e etc., foram desestruturadas de uma forma absurda”.

Os profissionais que apontaram esses problemas indicaram que, mais do que apenas ocorrerem em virtude de falta de infraestrutura e de profissionais, isso se daria,

em boa parcela, por concepção mesmo da gestão que implementou o Brasília Saudável de que “o importante é atender”, de que a atenção à demanda espontânea é que deveria ser, praticamente, a única definidora da agenda cotidiana dos serviços de atenção básica. Na afirmação de um médico:

> teve um movimento de jogar para a atenção básica tudo quanto é demanda que algo mais absorvia, que não sei como isso aconteceu, mas que se interpretou radicalmente que não deveria chegar mais na UPA... e isso acabou chegando nas UBSs de uma forma totalmente anárquica, por assim dizer, e as UBSs não passaram por processo de transformação estrutural para acolher essa demanda, então, a gente simplesmente recebeu uma orientação de que tinha que começar a fazer, mas ninguém foi lá movimentar o serviço, organizar, ver se o profissional precisava de algum tipo de treinamento, se a estrutura física tinha condições de absorver realmente essa demanda.

Essas posições não se colocaram de um modo que contrapunha clínica e saúde coletiva, mas consideravam necessário rever o modo como o processo de trabalho das ESF estava sendo transformado em, quase exclusivamente, uma ação de pronto atendimento. Na fala de um dos médicos:

> longe de mim achar que a atenção primária não é para atender pronto atendimento, pequenas urgências... sempre defendi disso, isso sempre foi uma pauta! A gente implantou isso em (uma grande cidade) quando eu fui gestor de atenção básica (lá). Nem existia acolhimento por exemplo, então, longe de mim falar isso. Agora, vou reafirmar a minha primeira fala, o problema é que essa lógica tomou conta de todo o trabalho da atenção primária, onde eu estou, (esta é) a lógica que move as pessoas, que mobiliza a minha gerência.

Tais concepções permitem compreender o que tem levado a que parte dos médicos, mesmo defendendo a atenção básica e reconhecendo alguns aspectos positivos na implementação do Brasília Saudável, façam um balanço geral negativo da experiência. Isso se apresenta, por exemplo, nas falas de três profissionais médicos que reproduzimos a seguir:

> Mas acho que de forma geral a percepção dos usuários que eu atendo e aí queria ouvir de vocês, é que enquanto sistema está muito pior”

> Como médico de família tem ido bem pior, meio que uma tendência de 2014 para cá, acho que houve alguns movimentos gerenciais em termos estruturais, que no final das contas para a gente que estava ali na ponta a forma de trabalhar, e tudo o que envolve parte física e psíquica nossa, como trabalhador, piorou demais.
>
> Com esse grande movimento que teve do Converte, que foi interessante do ponto de vista de tentar dar à medicina de família, à saúde da família, e à atenção primária esse protagonismo, mas que no fim das contas, pelo menos a minha realidade lá piorou bastante.

Desta forma, podemos identificar algumas das principais tensões envolvidas no processo do Brasília Saudável. Vale ressaltar, que o tempo da experiência foi extremamente curto, o que permite que se imagine que alguns dos diversos entraves citados nos parágrafos anteriores poderiam ter sido enfrentados em um período maior de tempo.

VI. Principais pontos a serem destacados

- O processo do “Brasília Saudável” foi conduzido por um grupo formado majoritariamente por jovens médicos de família, que tinham certeza da superioridade do modelo de APS, baseada na MFC, como forma de organizar os serviços e sistemas de saúde.
- A proposta foi alicerçada sobre forte arcabouço jurídico, o que contribuiu para a garantiu da permanência do projeto após a eleição de novo governo.
- O GDF dispunha de recursos financeiros suficientes para uma remuneração, acima dos padrões nacionais, dos servidores da saúde. No entanto, o volume dos recursos não se fez acompanhar, na história do GDF, de agilidade e capacidade administrativa de empenho e execução dos recursos.
- A análise da gestão em 2016 foi a de que seria possível ampliar a cobertura populacional da ESF para cerca de 70% com a reorientação da atuação dos profissionais que trabalhavam nas UBS já existentes. O aproveitamento e realocação de recursos instalados permitiu a construção do projeto.
- O foco do processo foi na categoria médica, os médicos então existentes na APS foram recolocados. Cerca de um terço permaneceram na APS e o restante deslocado para outros níveis de atenção.
- Ao final da gestão, a rede de APS contava com médicos provenientes de quatro entradas distintas: cerca de 100 “convertidos”, ou seja, médicos contratados antes de 2017; médicos de família e comunidade aprovados em concurso vigente realizado anteriormente, sem necessidade de comprovação de titulação; médicos de família com residência e/ou título aprovados em concurso posterior; e médicos proveniente do Programa Mais Médicos.
- O treinamento oferecido aos Médicos que aderiram ao Converte foi considerado insuficiente por parte dos entrevistados, especialmente pelos próprios médicos.
- O número de ACS não foi ampliado, sendo que a maioria das equipes, conta com um número reduzido destes. Este quadro leva a importante dificuldades para a execução de ações coletivas, ações de promoção e até mesmo no cadastramento. Na fala dos servidores, que atuam diretamente na oferta da atenção à saúde, houve uma priorização do atendimento individual, eventual.

- Ocorreram também propostas de ampliação do acesso, especialmente no horário de funcionamento das UBS, com a criação das UBS tipo 2. Estas UBS funcionavam com quatro ou mais ESF, com horário de atendimento expandido das 07:00h às 19:00h durante os dias de semana e das 7:00h às 12h nos sábados.
- Nas regiões com processos em curso de regionalização e planejamento, o Converte foi melhor incorporado, inclusive com ações mais virtuosas na relação entre os níveis secundário e primário de atenção.
- Outra consequência positiva da reorganização da APS em Brasília foi a estruturação da atenção especializada e também da redefinição de toda a regulação no âmbito do GDF.
- Observou-se nos Grupos Focais tensões com os profissionais em relação a condução do processo.

VI- Referências

Basso MB et al. A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2155-2165, jun. 2019.

Batista SR et al. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2043-2052, jun. 2019.

Corrêa DSRC et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2031-2041, jun. 2019.

Dooley LM. Case Study Research and Theory Building. Adv Dev Hum Resour 2002;4:335–54. doi:10.1177/1523422302043007.

Eisenhardt KM. Building Theories from Case Study Research. Academy of Management Review. v. 14, (4), p. 532-550, 198

Flick U. Qualidade na pesquisa qualitativa. 1st ed. Porto Alegre: Bookman; 2009

Fonseca HLP. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 24, n. 6, p. 1981-1990, jun. 2019.

Fonseca HLP (superv.). A reforma da saúde no Distrito Federal: gestão resolutiva e evidências de efetividade. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Assessoria de Comunicação Social, 2018. 247 p.

Göttems LBD et al . Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, n. 6, p. 1409-1419, June 2009.

Göttems LBD et al. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1997-2008, jun. 2019.

Governo do Distrito Federal. Secretaria do Estado da Saúde. Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal. Brasilia, 2018. Disponível em http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/Relatorio_Epid_Sobre_%C3%93bitos_Maternos_DF_2016.pdf

Governo do Distrito Federal. Secretaria do Estado da Saúde. Comitê Central de Controle de Óbito Materno, Fetal e Infantil. Relatório Epidemiológico sobre Mortalidade Infantil. Brasília, 2017. Disponível em http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/Relatorio_Mortalidade_Infantil_2016_rev-1.pdf

Guedes BAP. A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2125-2134, jun. 2019.

Melo EA et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, set. 2018.

Morosini MVGC, FONSECA AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? Cadernos de Saúde Pública [online]. 2017, v. 33, n. 1

Tasca R et al . Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2021-2030, jun. 2019.

Vilaça DS, Cavalcante DS, Moura LM. Atuação do Conselho de Saúde do Distrito Federal na reforma da Atenção Primária à Saúde, de 2016 a 2018: estudo de caso. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2065-2074, jun. 2019.

Scheffer M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp,2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4. Disponível em http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf

Yin RK. Case Study Research: Design and Methods. Fifth Edit. SAGE Publications, Inc; 2010