

## A PARTICIPAÇÃO DO MÉDICO ESPECIALISTA NA EXPANSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Fernanda Vieira de Souza Canuto  
José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana  
Armando Martinho Bardou Raggio

### Introdução

A base do processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe o conceito ampliado de saúde e se propôs a ofertar promoção, prevenção, assistência e reabilitação à saúde. Uma das propostas do SUS sempre foi fazer com que os serviços primários funcionassem como a porta de entrada do indivíduo ao sistema de saúde (Ministério da Saúde [MS], 2010).

Dessa forma, em paralelo ao movimento que reforçava os cuidados primários pelo mundo, emergiu na política brasileira, nos anos 1990 e 2000, a proposta de organização da Atenção Básica em todo o território nacional (MS, 1994).

Vale ressaltar que, no Brasil, em particular no Distrito Federal, sob a designação de medicina comunitária, tais orientações remontam a épocas anteriores à Declaração de Alma-Ata (1978) e à instituição do SUS. Com o apoio de setores governamentais e de instituições estrangeiras, os professores da Universidade de Brasília (UnB) desenvolveram entre 1974 a 1978 na cidade de Planaltina, Região Administrativa do DF, juntamente com diversos profissionais da saúde e assistentes sociais, a experiência que pode ser considerada basilar para a construção identitária de um novo ator da equipe de saúde: os auxiliares de saúde do Projeto Planaltina (Santana *et al.*, 2010; Santana & Castro, 2017). Estes agentes foram preparados e atuavam com as comunidades, com foco em ações de educação e promoção da saúde, como parte de uma experiência que contribuiu, sem dúvida, para o surgimento do atual Agente Comunitário de Saúde do SUS (Portaria n. 1.886, 1997). O sucesso dessa iniciativa garantiu sua continuidade, vindo a tornar-se referencial para a implantação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído, posteriormente, em âmbito nacional (MS, 1997).

Assim, em 1994, a partir do PACS, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), que tinha como foco central as ações em saúde e a visita domiciliar dos agentes de saúde para que, a partir desse atendimento inicial, a população obtivesse acesso aos demais níveis de atenção do sistema de saúde (MS, 1994). A partir desse momento, a saúde da família passou a ser o eixo norteador para a organização da atenção básica em todo o país (Conferência Nacional de Saúde, 1980).

Entretanto, ao longo dos anos, as propostas identificadas pelo PSF/ESF não apresentaram resultados tão expressivos no DF. A implantação de uma Atenção Primária à Saúde (APS) forte e resolutiva segue ainda como desafio a ser vencido (Göttems, Evangelista, Pires, Silva & Silva, 2009).

No início do ano de 2017, a APS em Brasília caracterizava-se por ter baixa cobertura pela ESF, apenas 30,7%, pouca resolutividade e por proporcionar precárias condições de trabalho aos profissionais que nela atuavam. A consequência disso era que as emergências dos hospitais regionais eram a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde do DF (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal [SES], 2016).

Diante desse cenário, foi lançado o Plano Brasília Saudável, caracterizado por um conjunto de ações com o objetivo de fortalecer a APS e articulá-la com os outros serviços da rede de saúde. Esse plano previa, entre outras ações, a conversão dos modelos de cuidado da APS naquele momento, conforme os ditames da ESF, bem como a ampliação da cobertura por essa estratégia em todas as Regiões de Saúde do DF.

O processo de expansão da APS, com a conversão progressiva dos modelos vigentes de organização da APS em ESF, ficou conhecido como Converte APS. O objetivo era que, no DF, até o final de 2018, ocorresse a expansão de 30,7% para 62% de cobertura da ESF, chegando a 100% nas áreas mais vulneráveis (SES, 2016).

A proposta de conversão da APS com diversificada composição de equipes assistenciais para o modelo exclusivo de ESF trouxe, como um dos seus pilares, em relação à atuação médica, a participação exclusiva dos Médicos de Família e Comunidade (MFC) no primeiro nível de atenção à saúde. Logo, os demais especialistas, pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos gerais, além de outros que compunham o quadro de profissionais de servidores estatutários da APS nesse momento, deveriam mudar de carreira profissional na Secretaria de Estado de Saúde (SES) do DF e, a partir de então, atuar como MFC. Todos os médicos participantes

passaram obrigatoriamente por processo formativo para o desenvolvimento técnico de ações na Estratégia de Saúde da Família, por intermédio de curso teórico-prático de 220 horas ofertado pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPCS) em parceria com a Gerência de Educação em Saúde (GES) da Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP) da SESDF.

Esse movimento de mudança no modelo assistencial, apesar de objetivar uma série de novos resultados positivos para o sistema de saúde e para a população, esbarrou nas experiências dos profissionais de saúde participantes desse processo, pois, apesar de já trabalharem no âmbito da APS, eles passariam a executar uma lógica assistencial diferente da que estavam habituados, passando a desempenhar uma nova função no cuidado da população.

Assim, esta pesquisa buscou analisar a adaptação dos médicos pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos na nova função de médico de família e comunidade, durante a reestruturação da APS/DF, no período de 2017 a 2018.

## Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, analítico e transversal. Foram incluídos no estudo os médicos que atuavam na atenção básica como especialistas (clínicos gerais, pediatras e ginecologistas/obstetras, entre outros) antes do plano de conversão da APS e que optaram pela mudança para a carreira de medicina de família e comunidade. Foram excluídos do estudo os médicos da APS que já exerciam a medicina de família e comunidade. O estudo não contemplou as demais categorias de profissionais de saúde da atenção básica e outros profissionais atuantes em outros níveis de atenção.

Um questionário com questões exclusivamente fechadas que contemplassem os objetivos da pesquisa foi desenhado na plataforma *Google Forms*, e enviado pelo aplicativo WhatsApp para os participantes por meio dos contatos telefônicos obtidos com as gerências das Unidades Básicas de Saúde nas quais os participantes do estudo eram lotados.

O questionário da pesquisa, além de abordar os dados pessoais, profissionais e funcionais dos entrevistados, apresentou um bloco de perguntas que estimava o grau de adaptação dos profissionais médicos em relação ao

atendimento da população nos diversos ciclos de vida, com base na escala de Likert, para concordância, com cinco pontos, conforme estas opções:

Não-adaptado	Pouco-adaptado	Não-sei-informar	Parcialmente adaptado	Muito adaptado
--------------	----------------	------------------	-----------------------	----------------

A seguir, foram realizadas análises descritivas e bivariadas, permitindo a verificação de associação entre as variáveis do estudo. A pesquisa foi submetida à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz de Brasília, Parecer de número 2.823.25.

## Resultados

### Análises Descritivas

Do grupo inicial de 110 participantes, 60% dos médicos aceitaram participar da pesquisa, 18,1% não aceitaram e 12,7% não estabeleceram contato com a pesquisadora após serem convidados através do WhatsApp. Do total de participantes, 33,3% eram do sexo masculino e o dobro, 66,7%, do sexo feminino.

Em relação à especialidade médica inicial, 53% declaram-se pediatras; 22,7%, clínicos; 12%, ginecologistas obstetras; e 12,1%, de outras especialidades.

Do total de entrevistados, 39,4% já trabalharam anteriormente na ESF. Desses, 26,9% trabalharam por alguns meses, 38,5% por um a dois anos e somente 11,5% por mais de cinco anos.

Em relação ao principal motivo que os levaram a optar pela função de médico de família e comunidade após o Converte APS, 10,6% objetivavam permanecer na localidade de trabalho, 56,1% queriam permanecer em atividades de trabalho na atenção primária à saúde, 22,7% optaram por essa decisão para preservar as gratificações salariais relativas à atuação na atenção primária à saúde e 10,6% justificaram essa decisão devido ao desinteresse em ser transferido para outros setores e locais da rede de serviços de saúde do DF.

Na execução da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na APS, 75,8% dos médicos referiram estar muito adaptados a fazê-lo e 15,2% relataram estar parcialmente adaptados. 62,1% dos profissionais afirmaram se sentir muito adaptados para acompanhar o calendário vacinal.

Referente ao planejamento reprodutivo, a maioria dos profissionais se declararam parcialmente adaptados (48,5%) ou, ainda, muito adaptados (22,7%). Na realização de consultas de pré-natal, 40,9% se declararam parcialmente adaptados e 25,8% muito adaptados. No apoio à paternidade ativa, apenas 22,7% se sentiam muito adaptados e 34,8%, parcialmente adaptados.

No que tange aos cuidados com a saúde da mulher, 30,3%, não se sentiam habilitados para realizar exame preventivo (Papanicolau). Em relação ao exame clínico das mamas, 24,2% dos participantes se sentiam pouco adaptados a fazê-lo, 30,3% se sentiam parcialmente adaptados e 31,8%, muito adaptados.

No manejo da saúde do homem, 36,4% dos médicos se sentiam parcialmente adaptados a realizá-la e 33,4% não se sentiam adaptados. Em relação à saúde do trabalhador, 28,8% dos profissionais estavam pouco adaptados e 36,4% estavam parcialmente adaptados a manejá-la.

Em relação à avaliação integral do idoso, 16,7% dos profissionais não se sentiam aptos a fazê-la, enquanto 30,3% se sentiam pouco adaptados. Já a avaliação da funcionalidade dos idosos, 16,7% não se sentiam adaptados para realizá-la enquanto 33,3% se sentiam pouco adaptados. No aconselhamento para se parar de fumar, 33,3% dos médicos disseram estar pouco adaptados para fazer o atendimento e 27,3% parcialmente adaptados.

Na abordagem da saúde mental, 28,8% dos entrevistados disseram que não estavam adaptados a fazê-la e 25,8% responderam estar parcialmente adaptados. Ainda relacionado ao componente da saúde mental, nota-se que, para “aconselhar e tratar o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)”, 24,2% dos médicos disseram não estar adaptados e 36,4% disseram estar adaptados.

## Análises bivariadas

A Tabela 1 informa que, dos 66 médicos que participaram da pesquisa, 15 já tinham participado de alguma capacitação na temática da Saúde da Família antes de aderir ao plano de conversão da APS no DF, enquanto 51 nunca tinham participado. Dos 15 que participaram, 8 (53,3%) se sentiam parcialmente adaptados no cuidado a pacientes de todas as idades, enquanto 5 (33,3%) se sentiam muito adaptados.

Tabela 1. Participação em alguma capacitação na temática da Saúde da Família antes de 2017, ou seja, antes da adesão ao Plano de Conversão da APS no DF x grau de adaptação no cuidado a pacientes de todas as idades, 2018.

		Você já participou de alguma capacitação na temática da Saúde da Família (SF) antes de 2017, ou seja, antes de você aderir ao plano de conversão da APS no DF?			
		Sim		Não	
		Nº médicos	Percentual (%)	Nº médicos	Percentual (%)
Atenção no cuidado a pacientes de todas as idades	Não adaptado	0	0,0%	10	19,6%
	Pouco adaptado	1	6,7%	12	23,5%
	Não sei informar	1	6,7%	1	2,0%
	Parcialmente adaptado	8	53,3%	22	43,1%
	Muito adaptado	5	33,3%	6	11,8%
Total		15	100%	51	100%

Fonte: Autores.

De acordo com a Tabela 2, de todos os especialistas que passaram a atuar como médicos de família e comunidade, os clínicos são os profissionais que se sentiam mais adaptados a atender todos os ciclos de vida (66,7% parcialmente adaptados e 33,3% muito adaptados), enquanto os pediatras são os que se sentiam menos adaptados (34,3% parcialmente adaptados e 8,6% muito adaptados).

Tabela 2. Especialidade médica x grau de adaptação no cuidado a pacientes de todas as idades, 2018.

		Especialidade médica							
		Clínica médica		Ginecologia e obstetrícia		Outro		Pediatria	
		Nº médicos	Percentual (%)	Nº médicos	Percentual (%)	Nº médicos	Percentual (%)	Nº médicos	Percentual (%)
Atenção no cuidado a pacientes de todas as idades	Não adaptado	0	0,0%	1	12,5%	0	0,0%	9	25,7%
	Pouco adaptado	0	0,0%	1	12,5%	1	12,5%	11	31,4%
	Não sei informar	0	0,0%	1	12,5%	1	12,5%	0	0,0%
	Parcialmente adaptado	10	66,7%	4	50,0%	4	50,0%	12	34,3%
	Muito adaptado	5	33,3%	1	12,5%	2	25,0%	3	8,6%
Total		15	100%	8	100%	8	100%	35	100

Fonte: Autores.

## Discussão

O Plano de Conversão da APS no DF permitiu a expansão da ESF por todo o território Distrital. Proposta semelhante aconteceu na cidade do Rio de Janeiro no ano de 2013, a qual, segundo Justino, Oliver e Melo (2016), possibilitou melhoria do acesso e dos cuidados primários oferecidos àquela população.

Em relação à formação dos médicos que trabalham na APS, tem sido um desafio a melhoria na qualificação dos profissionais a fim de se manter o desempenho da ESF. A maioria dos profissionais participantes do estudo, que referiram capacitação prévia relacionada às atividades na ESF, afirmaram que essa qualificação contribuiu tanto para o aperfeiçoamento profissional quanto para mudanças na prática profissional e/ou na qualidade do serviço, além de ser útil para superar as deficiências da formação profissional nas atividades da Atenção Básica (Oliveira, Menezes, Sousa, & Peixoto, 2016).

Para superar as deficiências, uma qualificação em APS pode ser estimulada por meio de projetos que têm por objetivo a integração ensino-serviço-comunidade (Oliveira *et al.*, 2016). Além disso, a revisão dos atuais currículos dos cursos de graduação médica reforça que a qualificação dos profissionais para atuação na APS deve iniciar na graduação, com os estudantes de medicina sendo expostos precocemente às Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de se buscar qualificação para essa atuação já na formação médica (Ferreira, Fiorini, & Crivelaro, 2010). E assim como aconteceu na cidade do Rio de Janeiro em 2016, a reforma da APS poderá ser indutora do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Distrito Federal (Justino *et al.*, 2016).

No que tange a saúde infantil na APS, nota-se que a maioria dos médicos do estudo se sentiam muito ou parcialmente adaptados para desempenhar essas ações. Vale a pena lembrar que 53% dos entrevistados são médicos pediatras, o que parece uma favorável ferramenta para a redução da mortalidade infantil no DF (SES, 2018), além de trazer expectativa promissora para a saúde da criança em Brasília (Caretí, Furtado, Barreto, Vicente, & Lima, 2016). Vale ressaltar ainda que assim como em outros municípios do país, mudanças estruturais e processuais nos serviços ainda são necessárias a fim de se melhorar o cuidado a essa população (Damasceno *et al.*, 2016).

A atenção pré-natal objetiva a redução da mortalidade materna e infantil, e através da ESF permite um acesso oportuno e ações resolutivas nesse cuidado (Guimarães, Parente, Guimarães, & Garnelo, 2018). O fato de grande parte dos médicos da pesquisa terem se mostrado muito adaptados ou parcialmente adaptados nessa prática corrobora com estudos sobre o assunto e possibilita a melhora dos indicadores relacionados a essa temática (SES, 2018).

Tanto em relação à saúde do homem quanto à saúde do trabalhador, nota-se que um percentual significativo de profissionais ainda apresenta dificuldade na condução desses casos. Outros estudos sobre o assunto reforçam que ainda é incipiente o cuidado ofertado aos homens nas ESF, e a dificuldade não é específica dos profissionais médicos que estão iniciando a carreira de médico de família e comunidade (Moura, Santos, Neves, Gomes, & Schwarz, 2014).

As respostas relativas à saúde do idoso nos cuidados primários mostraram que é bem variado o grau de adaptação dos médicos nessa temática. O aumento da população idosa, que vem ocorrendo de forma rápida e progressiva, exige que os médicos estejam capacitados para atender às especificidades dessa etapa da vida, melhorando a assistência prestada. A ESF constitui-se em um espaço apropriado para a atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a presença da atenção domiciliar possibilitam atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo paciente (Oliveira & Tavares, 2010).

A articulação entre a ESF e os cuidados em Saúde Mental é um desafio a ser vencido, já que os transtornos mentais representam grande demanda nos cuidados da APS (Gryschek & Pinto, 2015). O atendimento à saúde mental em nível primário possibilita a desconstrução da visão estereotipada sobre os transtornos mentais, além de potencializar o cuidado integral a partir dos princípios propostos pela Estratégia (Souza, Menandro, Couto, Schimith, & Lima, 2012). Nesse contexto, profissionais adaptados ou parcialmente adaptados se fazem extremamente necessários nos cenários da UBS.

## Considerações Finais

A realização desta pesquisa constituiu um esforço de registro sistematizado das mudanças ocorridas na atenção primária do DF nos anos de 2017 e 2018. O

Plano Brasília Saudável, e particularmente o Converte APS, foi uma das bandeiras levantadas na gestão do setor saúde no Distrito Federal do final do ano de 2016 até 2018. Essa reestruturação da APS foi um movimento relativamente rápido e de grande impacto, principalmente para os profissionais diretamente envolvidos. Como seria de esperar em processos dessa natureza, registravam-se polêmicas e, até mesmo, dificuldades e resistências às medidas governamentais.

Um dos resultados importantes deste estudo foi observar que, apesar dos participantes terem uma especialização médica inicial diferente da medicina de família e comunidade, eles já manifestavam um conhecimento alinhado com os fundamentos da saúde da família e que na verdade, a conversão do modelo evidenciou a potencialidade de alguns profissionais para trabalharem na lógica completa da MFC.

Em relação ao trabalho pregresso dos profissionais entrevistados, notou-se que a maioria deles nunca trabalhou na ESF e nunca recebeu capacitação no assunto. Essa discussão é atual e se faz presente nos cursos de graduação e de residência médica, que já mapearam a necessidade de que a medicina comunitária faça parte da estrutura curricular da graduação com foco no desenvolvimento de uma rede de atenção à saúde ordenada pela APS.

No estudo, devido ao maior número de especialistas pediatras que escolheram trabalhar com a medicina de família e comunidade a partir da conversão do modelo de APS, o cuidado à saúde da criança mostrou-se bem executado pelos profissionais; em contrapartida, evidenciou-se a dificuldade no manejo da atenção integral à saúde do idoso.

É imperioso reconhecer as limitações das conclusões aqui apresentadas. Por outro lado, este reconhecimento leva a uma recomendação final, no sentido de que novos estudos sejam realizados, ampliando e aprofundando a proposta ora apresentada, com vistas ao fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família como orientação permanente da política de saúde no Distrito Federal.

## Referências

- Careti, C. M., Furtado, M. C. C., Barreto, J. C., Vicente, J. B., & Lima, P. R. (2016). Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil. *Revista Rene*, 17(1), 67-75. doi: 10.15253/2175-6783.2016000100010
- Conferência Nacional de Saúde (1980, março). *Anais da Conferência Nacional de Saúde*.

**acrescentar a cidade, estado, país e número do evento.** Brasília, DF, Brasil, 7.

- Damasceno, S. S., Nóbrega, V. M., Coutinho, S. E. D., Reichert, A. P. S., Toso, B. R. G. O., & Collet, N. (2016). Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2961-2973. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>
- Declaração de Alma-Ata. (1978, 6-12 setembro). **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS.
- Ferreira, R. C., Fiorini, V. M. L., & Crivelaro, E. (2010). Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(2), 207-215. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000200004>
- Guimarães, W. S. G., Parente, R. C. P., Guimarães, T. L. F., & Garnelo, L. (2018). Acesso e Qualidade da Atenção Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5): e00110417. doi: 10.1590/0102-311X00110417
- Göttems, L. B. D., Evangelista, M. S. N., Pires, M. R. G. M., Silva, A. F. M. S., & Silva, P. A. S. (2009). Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neoinstitucionalismo histórico. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6), 1409-1419. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600023>
- Gryschek, G., & Pinto, A. A. M. (2015). Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3255-3262. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>
- Justino, A. L. A., Oliver, L. L. & Melo, T. P. (2016). Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1471-1480. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.04342016>
- Ministério da Saúde. (2010). **Política Nacional de Promoção da Saúde** (Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 3a ed.). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (1994). **Programa Saúde da Família: dentro de casa**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF: Departamento de Operações.
- Ministério da Saúde. (1997). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Moura, E. C., Santos, W., Neves, A. C. M., Gomes, R., & Schwarz, E. (2014) Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 429-438. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>
- Oliveira, J. C. A., & Tavares, D. M. S. (2010). Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 774-781. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300032>
- Oliveira, M. P. R., Menezes, I. H. C. F., Sousa, L. M., & Peixoto, M. R. G. (2016). Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(4), 547-559. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>
- Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. (1997). Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários da Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Santana, J. P. (Coord). n/a et al. (2010). **Aspectos institucionais do emprego e da atividade do**

**médico na atenção à saúde da família no Distrito Federal: estudo de caso nos setores públicos e privado.** Brasília, DF: UnB/Ceam/Nesp/ObservaRH.

Santana, J. P., & Castro, J. L. (2017). **Os Sanitaristas de Jucá e o agente de saúde: entrevista com Antonio Carlile Holanda Lavor e Miria Campos Lavor.** Natal, RN: Una.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2018). **Pactuação interfederativa 2017-2021. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores.** 2018. Recuperado em 2 março, 2018, de: [http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/Pactuacao\\_2016.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/Pactuacao_2016.pdf) e de [http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/Caderno-de-Diretrizes-Objetivos-Metas-e-Indicadores\\_2016.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/Caderno-de-Diretrizes-Objetivos-Metas-e-Indicadores_2016.pdf)

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2016). **Projeto Brasília Saudável: fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.** Brasília, DF: SES.

Souza, L. G. S., Menandro, M. C. S., Couto, L. L. M., Schimith, P. B. & Lima, R. P. (2012). Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 1022-1034. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400019>