

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Raylayne Ferreira Bessa

ATUAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL NA
REFORMA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Brasília
2019

Raylayne Ferreira Bessa

ATUAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL NA
REFORMA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Dissertação apresentado à
Escola Fiocruz de Governo como
requisito parcial para obtenção do título
de mestre em Políticas Públicas em
Saúde. (Saúde e Justiça Social).

Orientador: Prof. Dr. Armando Martinho
Bardou Raggio.

Brasília
2019

B557a Bessa, Raylayne Ferreira

Atuação do conselho de saúde do Distrito Federal na reforma da Atenção Primária à Saúde / Raylayne Ferreira Bessa. – Brasília : Fiocruz, 2019.

86 p. il.

Orientador: Armando Martinho Bardou Raggio

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Fiocruz de Governo, 2019.

1. Participação Social. 2. Controle Social. 3. Conselho de Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Raggio, Armando Martinho Bardou. II. Título.

CDD 362.10524

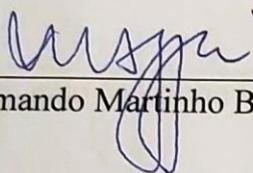
Raylayne Ferreira Bessa

Atuação do Conselho de Saúde do Distrito Federal na Reforma da Atenção Primária à Saúde

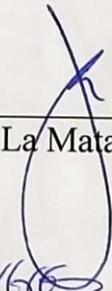
Trabalho de Conclusão de Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social.

Aprovado em 29/04/2019

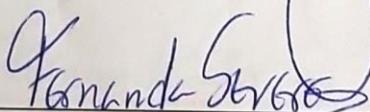
BANCA EXAMINADORA



Dr. Armando Martinho Bardou Raggio. Orientador. Fundação Oswaldo Cruz–Fiocruz Brasília



Dr. José Antonio Iturri de La Mata – Universidade de Brasília - UnB



Dra. Fernanda Maria Duarte Severo - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília



Dra. Maria Cristina Soares Guimarães – Fundação Oswaldo Cruz - ICICT

Dedico este trabalho à minha família, especialmente aos meus pais, e a todos os usuários e profissionais do Sistema Único de Saúde que contribuíram para minha formação.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato que, nesses dois anos, foi praticado diariamente.

Agradeço ao Armando Raggio que, além de orientador, foi um ombro amigo, conselheiro e inspiração de vida.

Aos meus pais, Bessa e Ivete, pelo esforço financeiro, físico e emocional incansável durante toda minha vida até hoje para garantir o meu estudo e as conquistas na vida e no trabalho.

Ao meu amado Pedro, que no meio dessa jornada passou a ser meu marido e companheiro de vida, compartilhando os obstáculos e as conquistas nesse caminho.

Às minhas irmãs, Hadla e Raudla, pela acolhida, pelas palavras de incentivo e pela cumplicidade. Além de me ajudarem cotidianamente a sempre ser melhor, me presentearam com os amores da minha vida: Samuel, Hector e Maria. Os três são luzes na minha vida!

À minha amiga da vida inteira, Anne Caroline, por me acompanhar nas noites em claro, ouvir minhas ideias e ser guarda-chuva no meio da tempestade.

Às amigas do Ministério da Saúde que durante o percurso pude ter como porto seguro, Ana Cláudia, Priscilla, Paula e Bianca, minha eterna gratidão por tanto amor gratuito e ajuda durante os dias mais difíceis do mestrado.

À Cíntia Clara, minha irmã de alma, minha gratidão eterna por me ajudar a iniciar esse ciclo novamente, me incentivar a não desistir, mostrar que sou capaz e ser minha amiga incondicional.

SÍSIFO

Recomeça....

*Se puderes
Sem angústia
E sem pressa.
E os passos que deres,
Nesse caminho duro
Do futuro
Dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances
Não descanses.
De nenhum fruto queiras só metade.*

*E, nunca saciado,
Vai colhendo ilusões sucessivas no pomar.
Sempre a sonhar e vendo
O logro da aventura.
És homem, não te esqueças!
Só é tua a loucura
Onde, com lucidez, te reconheças...*

(Miguel Torga)

RESUMO

A efervescência política que impulsionou a participação da sociedade civil na construção das políticas públicas durante a redemocratização do País é referencial para a análise proposta neste trabalho. A implementação da política pública traz significativos resultados a partir do envolvimento da sociedade na construção e fiscalização do sistema de saúde. Para tanto, a direção deste estudo foi a busca pelo debate do modelo de Atenção Primária à Saúde no espaço do Conselho de Saúde do Distrito Federal, com o objetivo de analisar a atuação deste Conselho na reforma do modelo de atenção à saúde por meio do projeto Brasília Saudável. Foi estabelecido para a análise o período entre os anos de 2014 e 2017 com o intuito de contextualizar o resultado das discussões que antecederam o período da efetivação do Projeto. Para o estudo foram utilizados o neoinstitucionalismo histórico, como referencial teórico, e o método de análise documental. Sobre a atuação do Conselho de Saúde nas discussões que resultaram a mudança do modelo de atenção à saúde local, mesmo que significativa, foi coadjuvante ao papel governamental. Ao longo deste estudo, constatou-se a influência direta do Governo na determinação das pautas prioritárias para a reforma proposta, tendo a validação do Conselho durante todo o processo.

Palavras-Chave: Participação Social. Controle Social. Conselho de Saúde. Atenção Básica. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The political effervescence that promoted the participation of civil society in the construction of public policies during the re-democratization of the country is a reference for the analysis proposed by this paper. The implementation of a public policy brings significant results from society's involvement in both the construction and the supervision of the health system. In order to do so, the aim of this study was the search for a discussion about the Primary Health Care model within the Health Council of the Federal District, with the objective of analyzing the performance of this Council in the reform of the health care model through the Brasília Saudável Project. We established, for analysis purpose, the period between 2014 and 2017 in order to contextualize the result of the discussions that preceded the period of effectiveness of the project. For the study, we used the historical neoinstitutionalism as a theoretical reference and the documentary analysis as the method. Regarding the work of the Health Council in the discussions that resulted in the change of the model of local health care, even if significant, it was an adjunct to the governmental role. Throughout this study, we verified the direct influence of the government in determining the priority guidelines for the proposed reform, with the validation of the Council throughout the process.

Keyword: Social Participation. Social Control. Health Council. Primary Health Care.

RESUMEN

La efervescencia política que impulsó la participación de la sociedad civil en la construcción de las políticas públicas durante la redemocratización del país es referencial para el análisis propuesto en este trabajo. La implementación de políticas públicas trae importantes resultados a partir de la participación de la sociedad en la construcción y fiscalización del sistema de salud. Para ello, el eje de este trabajo ha sido el debate del modelo de Atención Primaria a la Salud en el espacio del Consejo de Salud del Distrito Federal (CSDF), con el objetivo de analizar su actuación en la reforma del modelo de atención a la salud por medio del Proyecto Brasília Saudável (Brasilia Saludable en traducción libre). Se estableció para análisis el período entre los años 2014 y 2017 con el fin de contextualizar el resultado de las discusiones que precedieron al período de la efectividad del proyecto. Para el estudio se utilizó el neoinstitucionalismo histórico como referencial teórico y el método de análisis documental. Con respecto a la participación del Consejo de Salud en las discusiones que resultaron el cambio del modelo de atención a la salud local, aunque significativa, su actuación fue coadyuvante al papel gubernamental. A lo largo de este estudio, se constató la influencia directa del gobierno en la determinación de las pautas prioritarias para la reforma propuesta, teniendo la validación del Consejo durante todo el proceso.

Palabra clave: Participación Social. Control Social Formal. Consejo de Salud. Atención Primaria a la Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Regiões Administrativas do Distrito Federal	31
Ilustração 2 - Regionais de Saúde do Distrito Federal.....	33
Ilustração 3 - Número de atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal com presença da temática da Atenção Primária, 2014 a 2017.	48
Ilustração 4 - Tendência dos termos nas atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal, 2014 a 2017.	49
Ilustração 5 - Tendência dos termos no relatório da 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, 2015.	50
Ilustração 6 - Marcos normativos do Conselho de Saúde do Distrito Federal e o processo de implantação da reforma da Atenção Primária à Saúde, 2014 a 2017.	70
Ilustração 7 - Fases do processo de reforma da Atenção Primária à Saúde.....	71
Ilustração 8 - Evolução da cobertura de Atenção Básica e Saúde da Família no DF, 2016 a 2018.	74

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CLDF	Câmara Legislativa do Distrito Federal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAPE	Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde
CRS	Conselhos Regionais de Saúde
CRSDF	Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal
CSDF	Conselho de Saúde do Distrito Federal
DAB	Departamento de Atenção Básica
DF	Distrito Federal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSB	equipe de Saúde Bucal
eSF	equipe de Saúde da Família
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência de Saúde
FHB	Fundação Hemocentro de Brasília
GDF	Governo do Distrito Federal
HFA	Hospital das Forças Armadas
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICDF	Instituto de Cardiologia do Distrito Federal
MPDFT	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB Fixo	Piso de Atenção Básica Fixo
PAB Variável	Piso de Atenção Básica Variável
PAS	Programação Anual de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RA	Região Administrativa
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento Econômico
SAIS	Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCDF	Tribunal de Contas do Distrito Federal
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UBT	Unidades Básicas Tradicionais
UF	Unidade da Federação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVOS	14
1.1.1 Objetivo Geral	14
1.1.2 Objetivos Específicos	15
2 PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO	16
3 O CONTROLE SOCIAL NO SUS	22
3.1 AS INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL	24
3.2 O CONSELHO DE SAÚDE COMO PEÇA ESTRATÉGICA NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA	27
4 NOTAS SOBRE A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL	30
4.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO MODELO DE ATENÇÃO NO DF	33
4.2 O PROJETO BRASÍLIA SAUDÁVEL	39
4.3 O CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1 A CRONOLOGIA DO DEBATE SOBRE A MUDANÇA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL	51
5.1.1 2014.....	51
5.1.2 2015.....	51
5.1.3 2016.....	59
5.1.4 2017.....	68
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	79

1 INTRODUÇÃO

A efervescência política que impulsionou a participação da sociedade civil na construção das políticas públicas, durante a redemocratização do País, é referencial para a análise proposta neste trabalho. O resgate histórico, umas das diretrizes da metodologia escolhida para revisitar as páginas dos registros das reuniões do Conselho de Saúde, permeia também o discurso e as ações do controle social.

Sem se ater somente às contribuições para conhecimento na área da saúde, o resgate feito neste trabalho pretende ir além da análise dos documentos construídos pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF), entendendo que a probabilidade de implementação da política pública traga resultados melhores a partir do envolvimento da sociedade na construção e fiscalização do sistema de saúde.

Para analisar o processo de implantação do projeto Brasília Saudável no Distrito Federal a partir da contribuição do CSDF, o aspecto descritivo também foi usado para detalhar os processos de mudança social referentes ao debate do modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Federal (DF) nos encontros do Conselho.

Foram definidos os anos de 2014 e 2017 como recorte temporal para a seleção do material a ser examinado, pois era importante contextualizar o resultado das discussões relacionadas à atenção primária no debate da saúde que antecederam o período da efetivação do projeto Brasília Saudável e da sua execução.

Este trabalho trouxe também a definição das instâncias responsáveis pela promoção da participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), que representou uma das propostas, à época, que levou a uma reforma política. Esse movimento abriu perspectivas para a prática democrática singular na saúde, evidenciando a capacidade de interferência da sociedade civil na gestão pública, com relação às ações do Estado e os gastos governamentais para atendimento dos interesses da sociedade.

Dentro desse contexto, insere-se também a consolidação do modelo de APS no DF, bem como nos cenários internacional e nacional, tendo o Ministério da Saúde (MS) como o condutor e o proponente dos programas e das estratégias para todo o território brasileiro. Para o órgão executivo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada para a expansão e a consolidação da Atenção Básica (AB) – usada como sinônimo de APS pelo MS –, sob a égide da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e condicionada a incentivos financeiros federais.

A ESF é a principal estratégia no âmbito da AB no Ministério da Saúde e prioritária na implementação das ações no território, por isso existem diversos programas, ações e estratégias ligadas à adesão da Estratégia, como o financiamento das equipes de Saúde Bucal (eSB), do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), da estratégia Requalifica UBS, do Programa Academia da Saúde e do Programa Saúde na Escola (PSE).

Devido a diversos aspectos, como a elevada complexidade epidemiológica, o adensamento populacional, o processo de urbanização desorganizado, as desigualdades sociais e o déficit em saneamento, a consolidação da ESF nos grandes centros urbanos, principalmente nos que apresentam mais de 500 mil habitantes, é complexa. Esse cenário foi condicionante para os debates dentro do CSDF, pois o Distrito Federal apresenta características semelhantes às grandes metrópoles.

Em 2016, o Governo do Distrito Federal (GDF) por meio da Secretaria Estado de Saúde (SES) lançou o programa Brasília Saudável, cujo objetivo final é a expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família e a melhoria do atendimento integral ao cidadão. O DF estava marcado por problemas como a superlotação de emergências dos hospitais e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o fechamento de portas de pronto atendimento, a

falta de qualidade no atendimento ao usuário do SUS, a falta de resolutividade em todos os níveis de atenção, entre outros.

Considerando o papel do Conselho de Saúde na transformação e na consolidação do modelo de atenção à saúde local e o seu papel de definir as prioridades da política, compreender o curso de atuação e contribuição do CSDF nesta pesquisa faz parte do estudo das políticas públicas inserido atualmente nos esforços para compreender o papel do Estado e a sua forma de intervenção na sociedade. Isso significa observar as interações entre o Estado e a sociedade, as relações entre os atores e compreender a dinâmica da ação pública a partir da ótica do neoinstitucionalismo histórico, cuja teoria atribui às instituições o papel de modelar as estratégias dos atores políticos, suas preferências e seus objetivos, a partir da mediação das relações.

Seguindo as diretrizes metodológicas estabelecidas para um trabalho científico, e sob a ótica do método, cumpre-se aqui a proposta de organizar sistemática e objetivamente a pesquisa com foco nas questões relacionadas ao poder dos diversos atores que participam do processo político, especialmente na definição de prioridades, investigando a existência e a percepção da diversidade de atores institucionais que influenciam a constituição das políticas públicas de saúde, mais especificamente no programa Brasília Saudável.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Analisar a atuação do Conselho de Saúde do Distrito Federal na Reforma da Atenção Primária à Saúde por meio do Projeto Brasília Saudável.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Evidenciar as ações de saúde implementadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal no período de 2014 a 2017.
- Caracterizar o cenário do Conselho de Saúde do Distrito Federal em que foi construído o projeto Brasília Saudável.
- Analisar o processo deliberativo do Conselho de Saúde do Distrito Federal sobre o projeto Brasília Saudável.

2 PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO

O percurso metodológico adotado neste trabalho foi de natureza qualitativa, tratando de um estudo de caso do tipo descritivo, exploratório e retrospectivo. Foram utilizados o neoinstitucionalismo histórico como referencial teórico e o método de análise documental, que trata de uma abordagem sistemática a partir da coleta, organização e avaliação crítica de dados que têm relação com as ocorrências do passado¹. Este caminho foi escolhido em decorrência da possibilidade deste tipo de abordagem frente aos aspectos que não podem ser quantificados por meios estatísticos².

O aspecto descritivo do estudo busca detalhar as características de determinada população ou fenômeno e a análise de documentos, por seu turno, possibilita conhecer o passado. A investigação dos processos de mudança social permite a obtenção de dados com menor custo e sem constrangimentos³. Considerando que a pesquisa documental permite ao pesquisador estudar o problema a partir da própria expressão e da linguagem dos indivíduos, este tipo de pesquisa permite a identificação de tendências e o desenvolvimento das políticas de saúde ao longo do tempo⁴.

A análise de conteúdo foi empregada com o intuito de subsidiar o estudo e a interpretação do material, considerando a sua função de proporcionar a descrição e a interpretação do conteúdo da fonte de dados.

A direção para este processo foi a busca pelo debate do modelo de APS no espaço do CSDF. Como ponto de partida para a seleção do material a ser examinado, optou-se pelo desenvolvimento de uma pesquisa com recorte temporal, definindo-se o período compreendido entre os anos de 2014 e 2017.

Este recorte se justifica pela necessidade de conhecer o comportamento das discussões relacionadas à APS no debate da saúde que antecedem a efetivação do projeto

Brasília Saudável. Ressalta-se que o recorte também inclui o período posterior à execução do Projeto.

Os materiais coletados e estudados foram produzidos nos espaços oficiais do CSDF, correspondentes ao período supracitado: as atas ordinárias e extraordinárias de reuniões e deliberações e o relatório da 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal.

Segundo as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), toda reunião do Conselho deve ser documentada em ata, que necessita apresentar resumo fiel dos fatos, das ocorrências e das decisões tomadas pelos conselheiros durante as reuniões, devido ao seu valor jurídico. As deliberações, ou seja, as resoluções, as recomendações e as moções, ocorrem de acordo com o objetivo de cada uma delas⁵, a saber:

- Resolução – registro de decisão de caráter geral que estabelece normas a todos aqueles diretamente relacionados ao seu conteúdo, necessitando de homologação do chefe do Poder Executivo.
- Recomendação – registro da sugestão, da advertência ou do aviso a respeito do conteúdo ou da forma de execução de uma política ou ação de saúde. Os conteúdos abordados são específicos e de relevância para a situação de saúde, no entanto, não são de responsabilidade direta do Conselho.
- Moção – registro de manifestação de aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato.

O relatório da Conferência de Saúde tem a incumbência de enunciar o caminho que a política de saúde deve trilhar, apontar a situação a ser alcançada no futuro e indicar a direção a ser seguida de modo a orientar os conselhos na análise de planos e orçamentos. Portanto, cabe à Conferência o papel de definir diretrizes para política de saúde. É de responsabilidade partilhada entre as instituições do Estado e o conselho de saúde a

transformação dessas diretrizes em ações efetivas, convertendo a vontade social expressa nas recomendações em realidade⁵.

Para a execução deste estudo foram realizadas etapas de coleta, organização e análise de dados obtidos no endereço eletrônico do GDF (<http://www.saude.df.gov.br/conselho-distrital-de-saude>).

Na pré-análise foram lidos 135 documentos, o que permitiu a definição dos “termos de busca” a serem utilizados na apreciação do conjunto de atas do CSDF. Dada à característica de disponibilização das atas das reuniões, utilizou-se o programa *Acrobat Reader* DC do pacote Adobe, que conta com a ferramenta “localizar”, utilizada para verificar a presença de termos de busca. Os termos escolhidos se justificam como palavras frequentemente atribuídas ao tema do estudo, identificadas a partir da leitura dos documentos, a saber atenção primária, controle social, atenção básica, modelo de gestão, fundação pública, saúde da família, organização social e participação social. Essa etapa possibilitou verificar a frequência dos temas que fossem correlatos à discussão sobre a APS no período escolhido.

Com base no referencial teórico-metodológico e a partir da revisão bibliográfica preliminar, foram definidas as categorias de análise para o estudo com base na inserção da agenda e no modelo de intervenção do GDF no que diz respeito à APS. Cabe assinalar que, para fins deste trabalho, os termos APS e AB são utilizados sem distinção.

Além disso, foi utilizado o suporte teórico do neoinstitucionalismo histórico, cuja teoria atribui às instituições o papel de modelar as estratégias dos atores, suas preferências e seus objetivos, a partir da mediação das relações entre os atores políticos. Logo, o aporte teórico do neoinstitucionalismo histórico é justificado a partir da escolha de se olhar para a contribuição do CSDF, este usado no estudo de forma intercambiável quando utilizado o termo segmentos, uma vez que a CSDF é composta por diversos deles. Ademais, essa corrente privilegia as instituições de nível intermediário, aquelas que mediam as ações dos

indivíduos e os efeitos políticos mais amplos, como os sistemas partidários, as regras federativas e a organização dos Poderes de Estado⁷.

A partir de 1970, o neoinstitucionalismo começou a representar um movimento de revalorização do papel das instituições nas pesquisas em ciências sociais. Os estudos baseados nesta corrente têm em comum a ênfase no papel central que as instituições ocupam, considerando sua influência nas estratégias dos atores, nos rumos, nas trajetórias e no conteúdo das políticas⁸.

Este marco teórico favorece a abordagem analítica das políticas públicas em um contexto histórico concreto, procurando identificar as agendas políticas de cada conjuntura, as arenas políticas em que as decisões são tomadas e os atores envolvidos no processo decisório, que podem se situar dentro ou fora do aparelho do Estado. Diz respeito ainda à valorização da dimensão temporal, considerando que nessa vertente a trajetória histórica, o momento e a sequência dos eventos importam para a definição das políticas, o que se traduz na adoção de conceitos como a dependência da trajetória (*path dependence*), a retroalimentação positiva (*positive feedback*) e os retornos progressivos (*increasing returns*). Destaca-se aqui o conceito de dependência, cuja premissa diz que escolhas prévias relativas a uma política definem determinados caminhos e influenciam as possibilidades futuras de decisão⁹.

Analisando por essa perspectiva é possível olhar para as dimensões temporais dos processos sociais reais e entender como as coisas acontecem, pois, a dependência da trajetória também é definida como uma sequência de escolhas condicionadas por opções anteriores, com tendência a reforçá-las sem que esta consequência seja considerada pelos agentes que tomam a decisão.

Esse movimento tem características de destacar a questão do tempo e a sequência das ações desenvolvidas e de admitir que consequências importantes possam resultar de

eventos relativamente medíocres, insignificantes ou contingentes, que influenciam o curso da implementação da política pública.

As escolhas políticas se desdobram na criação de regras e de estruturas, na mobilização de diversos tipos de recursos e no envolvimento de atores sociais, o que confere institucionalidade a uma dada política, aumentando as chances de sua continuidade e reduzindo as possibilidades de alterações radicais, posto que com o passar do tempo há aumento dos custos de mudança financeira, política e social⁷.

As instituições são portadoras de legados de forças político-sociais e históricas que as configuram, aproximando diferentes lógicas de ordem política. Portanto, devem ser compreendidas segundo a sua função de agentes e de produtos da história, pois estas dão forma e restringem a atuação dos atores políticos, mas também são resultantes das estratégias conscientes ou involuntárias desenvolvidas pelos atores⁷.

O conceito de instituição pode incluir regras formais e informais relacionadas a códigos de conduta, hábitos e convenções em geral, entendendo que qualquer regra ou forma de constrangimento moldam as interações humanas, estruturando a sociedade e orientando as relações sociais. Entendem-se como organizações os grupos e os agentes políticos, econômicos, sociais e educacionais⁷.

Para complementar a lógica da análise, o modelo do ciclo da política foi utilizado como base, com o objetivo de vislumbrar as fases da política, o como e o quando ocorreu a contribuição do CSDF na implementação do projeto Brasília Saudável. O processo do ciclo da política pública está estabelecido em cinco etapas, denominado *Improved model*, cuja ideia permanece atualmente, sendo bastante divulgada e trabalhada em estudos de política: (1) montagem da agenda; (2) formulação da política; (3) tomada de decisão; (4) implementação; e (5) avaliação¹⁰.

A maior parte dos estudos que utiliza essa premissa faz uma análise por momentos ou fases do processo político. Entretanto, neste trabalho, o ciclo será utilizado de forma basilar para melhor compreendermos o momento de implementação do Projeto e de atuação do CSDF.

O ciclo de políticas públicas contribui para tornar clara e didática a discussão sobre o tema em questão, apresentando-se como uma ferramenta analítica. Reforça, ainda, a necessidade de não considerar as fases como rígidas etapas sequenciais, pois é possível que as sequências sejam alternadas e as fases misturadas¹¹. Portanto, ressalta-se que o importante é o entendimento de que a política pública é composta por estágios que possuem características específicas, mais do que a sequência que apresenta. Considerando que as fases deste ciclo coexistem, a análise foi realizada passando por todas as etapas identificáveis.

3 O CONTROLE SOCIAL NO SUS

No período de democratização do País, o processo de redefinição do papel do Estado marcou os contextos político e social brasileiro a partir da universalização dos direitos de cidadania, da descentralização e da gestão democrática das políticas públicas¹². A Constituição de 1988 instituiu novos mecanismos nos processos de tomada de decisão, apresentando uma configuração da gestão das políticas públicas em regime de ação pública descentralizada e participativa, nas esferas municipal, estadual e federal, onde são criadas as formas de interação entre governo e sociedade^{12,13}.

A discussão sobre a participação social emergiu com uma dimensão de controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado, em que, na perspectiva do controle social, setores organizados da sociedade participam da formulação da política pública, do acompanhamento de suas execuções e da definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade¹⁴.

A expressão controle social é empregada de diferentes formas. Comumente, na sociologia, o controle social caracteriza os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade, sendo os indivíduos resignados a determinados princípios morais e padrões sociais. No campo das ciências política e econômica, o controle social é realizado pelo Estado sobre a sociedade por meio da implementação de políticas sociais, amenizando os conflitos e contrastando os impactos da expansão do capital. O campo das políticas sociais é contraditório, pois ao passo que o Estado controla a sociedade acaba por incorporar suas demandas. Diante disso, surge um novo conceito de controle social na gestão das políticas públicas em conformidade com a atuação da sociedade civil organizada e na perspectiva do controle para que as demandas e os interesses da coletividade sejam atendidos¹⁵.

Silva (2002)¹⁶ salienta que:

O controle social atuante pode representar o elemento essencial para assegurar que o governo atinja os objetivos estabelecidos para os órgãos públicos e para os programas de longa duração com eficiência, efetividade e dentro dos preceitos legais da ordem democrática.

O campo da saúde foi pioneiro nesse processo, considerando a efervescência política do final da década de 1970, com a organização do Movimento da Reforma Sanitária que reuniu movimentos sociais, intelectuais e partidos políticos na luta contra a ditadura com o objetivo de mudar o modelo médico-assistencial privatista para um sistema nacional de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade¹⁴.

A participação da sociedade na saúde, na perspectiva do controle social, foi um dos eixos dos debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986¹⁴. A Conferência foi um marco histórico do processo de redemocratização do País, através de um amplo processo de mobilização social, possibilitando a ampliação de atores envolvidos em sua execução e tornando explícito em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema de saúde⁵.

No movimento de redemocratização do País, em que a sociedade civil ingressou na política, e com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o SUS foi criado, instituído pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a saúde inserida como um direito fundamental do cidadão e dever do Estado, sendo estabelecida a participação da sociedade no acompanhamento, no controle e na fiscalização da execução das políticas públicas de saúde¹⁷.

O controle social é apontado como um dos princípios que sustentam a reformulação do sistema nacional de saúde e vital para a sua democratização¹⁴. Seu princípio está baseado na premissa de que quanto mais a sociedade estiver envolvida na construção e na fiscalização do SUS, maior será a probabilidade de que a implementação das respectivas políticas públicas obtenha êxito e traga melhores resultados para a população¹⁷.

A institucionalização da participação social aconteceu por meio da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual trata da participação da comunidade na gestão do SUS,

atendendo, assim, a um dos princípios da Reforma Sanitária, ao estabelecer a Conferência de Saúde, que deve ser realizada a cada quatro anos, e o Conselho de Saúde correspondente a cada esfera da gestão pública.

Na década de 90, o processo de regulamentação da gestão descentralizada das políticas públicas ocorreu em diversas áreas sociais, para além da saúde, como na educação e na assistência social, com a inserção da participação da sociedade civil na sua formulação e no controle por meio de conselhos gestores. Nessa perspectiva, esses conselhos tornam-se meios de participação mais expressivos da emergência de um regime de ação pública na esfera local, caracterizado pela abertura de novos parâmetros de interação entre o governo e a sociedade na gestão de políticas públicas¹³.

A definição dessas instâncias responsáveis pela promoção da participação da sociedade na gestão do SUS representou uma proposta ousada e democratizante que apontava para uma reforma política¹⁸. Esta proposta abriu perspectivas para a prática democrática singular na saúde, ponderando a capacidade de interferência da sociedade civil na gestão pública, orientando as ações do Estado ou os gastos estatais para o atendimento dos interesses coletivos¹⁴.

3.1 AS INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL

As conferências e os conselhos de saúde constituem os espaços legalmente estabelecidos para a participação social. Antes da Constituição de 1988, as conferências eram espaços de articulação intergovernamental com participação restrita a gestores, técnicos e especialistas convidados pelos ministros de Estado. No entanto, hoje são os espaços básicos para o exercício da participação e do controle social em relação à implementação da política de saúde em todas as esferas de governo⁵.

O respaldo popular, o qual legitima o SUS desde sua origem, tem sido validado em todas as conferências de saúde realizadas nas últimas duas décadas, reunindo milhares de cidadãos no processo de identificação de prioridades e no estabelecimento de diretrizes para o sistema de saúde do País, conforme citado na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, art. 1º, § 1º⁵.

Convocada pelo Poder Executivo ou pelo conselho de saúde, a conferência de saúde deve incluir a representação de diversos segmentos sociais, a fim de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde em cada esfera governamental¹⁷.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, marcou a mudança desse espaço, a partir da ampliação do conjunto de atores envolvidos, de modo a evidenciar em seu relatório final as diretrizes para a reorganização do sistema de saúde do País. A partir daquele momento, as conferências passaram a ter a participação de representantes de trabalhadores e organizações da sociedade civil, além de terem sido precedidas por conferências preparatórias em alguns estados e municípios. Logo, o caráter de espaço público das conferências foi ampliado⁵.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, instituiu as conferências nas esferas estadual e municipal. Em seguida, ocorreram conferências preparatórias à 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992. Todos os estados, o Distrito Federal e, aproximadamente, metade dos municípios brasileiros então existentes realizaram suas conferências⁵.

O objetivo das conferências é analisar a situação de saúde e estabelecer diretrizes que indiquem caminhos para atingir objetivos fundamentais, atendendo, assim, as necessidades da população. Portanto, isso envolve o debate entre os representantes dos

diferentes grupos de interesse e a construção de acordos sobre os aspectos que devem ser considerados prioritários na definição das ações do sistema de saúde⁵.

A transformação dessas diretrizes em ações concretas é responsabilidade compartilhada entre as instituições do Estado e os conselhos de saúde⁵. Estes conselhos têm caráter permanente, deliberativo e colegiado, compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários⁶.

O conselho de saúde é um espaço essencial para a efetivação da participação social e do controle social no âmbito local, devido ao seu caráter agregador dos diferentes segmentos da sociedade e o compromisso de garantir o debate político para a definição, o monitoramento e o controle dos recursos e das políticas públicas, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, em que as decisões serão sancionadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo¹⁹.

Desde a década de 90, municípios e estados passaram a constituir os seus próprios Conselhos de Saúde e, atualmente, além do CNS, somam 26 conselhos estaduais de saúde, um conselho do Distrito Federal, mais de 5 mil conselhos municipais e 34 conselhos distritais de saúde indígena²⁰, resultando na existência de cerca de 64 mil conselheiros atuantes no cenário da política de saúde¹⁵, não podendo ser extintos por nenhuma autoridade ou lei estadual/municipal.

Sendo esses órgãos instrumentos de construção da democracia e do exercício da cidadania, sua composição é paritária, cabendo aos usuários 50% das vagas para representação, sendo 25% representados pelos profissionais de saúde, e os gestores e os prestadores de serviços, contratados ou conveniados, completam os 25% restantes do colegiado⁶.

Durante todo o processo histórico da conquista da participação social e da criação

dos conselhos de Saúde, as competências continuam sendo ampliadas e detalhadas por meio de resoluções do CNS, com o objetivo de estimular o seu efetivo funcionamento. Os autores trazem como exemplos a publicação da Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992, a qual versa sobre a periodicidade de reuniões e a escolha dos membros do conselho, recomendando a eleição do presidente pelos conselheiros e a escolha dos representantes dos usuários por suas próprias entidades, e a Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, que dispõe sobre a majoração das opções de entidades que poderão representar os usuários do SUS, bem como determina a garantia da autonomia dos conselhos por parte dos governos e recomenda articulações intersetoriais²¹.

3.2 O CONSELHO DE SAÚDE COMO PEÇA ESTRATÉGICA NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

Os conselhos de saúde apresentaram a evolução da democracia brasileira, com o *status* de órgãos legitimados pela Constituição Federal, onde os representantes da sociedade começaram a exercer o controle social sobre a gestão do SUS, tendo como competências sugerir, ordenar e exigir o cumprimento das ações de saúde pactuadas, com vistas às melhorias dos órgãos de saúde pública.

Por meio dos conselhos de saúde, a sociedade deve fiscalizar a aplicação do dinheiro público, verificar se as políticas de saúde e a assistência estão em consonância com a necessidade da população, além de contribuir para a formação de conselheiros comprometidos com a saúde junto aos os gestores¹⁷.

O conselho de saúde possui por competência três funções: fiscalizatória, deliberativa e consultiva. A função fiscalizatória tem como objetivo vigiar e controlar a execução da política de saúde, não excluindo as políticas econômicas e financeiras. A função deliberativa trata da definição das políticas e das prioridades de saúde, da avaliação e da deliberação sobre o plano de saúde do gestor e da formulação das estratégias. Por fim, a

função consultiva considera o papel de avaliar ou opinar sobre convênios ou outras questões da saúde²².

Não obstante, destaca-se que o conselho de saúde tem como responsabilidade o envolvimento na transformação e na consolidação do modelo de atenção à saúde local¹⁹, considerando que os conselheiros definem as prioridades da política de saúde, previamente determinadas, para serem implantadas, participam de todas as etapas do planejamento de saúde de seu estado ou município, bem como acompanham e fiscalizam sua implantação.

Para tanto, para que esse processo possa acontecer, é necessário que os membros do conselho de saúde reconheçam as prioridades e estejam informados sobre os recursos financeiros, técnicos e humanos disponíveis⁶. Entretanto, os conselhos de saúde não podem ser entendidos como uma instância burocrática e executiva, mas sim devem ter reforçado o seu papel em um processo contínuo de democratização, considerando que são órgãos institucionais de participação social na gestão governamental, em que há articulação política de diferentes sujeitos com suas diversas representações, inclusive da sociedade²³.

A participação social nos Conselhos de Saúde indica que os participantes devem ser capazes de apontar se os planos, os programas e os orçamentos levantados conduzem aos objetivos evidenciados pelas conferências e, caso não ocorra, assinalar o fato e indicar as alternativas. Nesta perspectiva, o conselho de saúde é, por excelência, o lugar da explicitação dos conflitos de interesses, da negociação e da busca de acordos que permitam avanços na direção desejada⁵.

Os conselhos de saúde deveriam impor e determinar as prioridades e as políticas de saúde a serem implantadas, contudo demonstram efetividade e eficácia somente quando a sociedade exerce a representação de seus interesses, garantindo a democratização neste contexto²⁴.

Nesta perspectiva, o poder dos governantes interfere e dificulta o estágio de

pleno funcionamento dos conselhos¹⁸ e ainda que os conselhos e as conferências de saúde sejam estruturas democráticas inovadoras, passam por diversas dificuldades em conceber novos valores democráticos quando diante de uma democracia autoritária²⁵.

A composição dos conselhos é de forma muito heterogênea, desde conselhos apenas cartoriais a conselhos que efetivamente fiscalizam os gestores do SUS, considerando que a implantação em diversos municípios foi consequência de uma política de indução do MS, condicionando a criação do Conselho Municipal de Saúde ao repasse de recursos federais²¹.

Os conselhos e as conferências de saúde configuram-se como os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação da política de saúde em todas as esferas de governo. Ademais, ainda que existam dificuldades e fragilidades, não há iniciativas como esta em outros países e o Brasil tornou-se modelo por ter um sistema de participação social amplo e de importante capilarização²⁵.

4 NOTAS SOBRE A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

O DF, situado na Região Integrada de Desenvolvimento Econômico (RIDE), integrada por municípios dos estados de Goiás e de Minas Gerais, possui uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de mais de 2,9 milhões de habitantes. Sua criação é resultado da iniciativa de construção de Brasília, projetada originalmente como exemplo de organização urbana, para abrigar uma população de 500 mil habitantes no ano 2000. Entretanto, este quantitativo foi atingido logo no fim dos anos 60 e seu crescimento aconteceu nos padrões urbanos nacionais típicos, a partir da expansão no sentido centro-periferia e segregação espacial e socioeconômica associada²⁶.

Houve um aumento na população impulsionada pela migração de pessoas em busca de emprego, saúde, educação, entre outras oportunidades. A população de Brasília e das cidades-satélites já é quase duas vezes maior do que a registrada em 1990, sendo o Distrito Federal a Unidade da Federação (UF) que mais cresceu no Centro-Oeste na última década²⁶.

Visando a descentralização administrativa, o DF se organiza em 31 Regiões Administrativas (RA), das quais apenas 19 possuem poligonais definidas e aprovadas pela Câmara Legislativa, tendo Brasília como a sede do Governo estadual e a capital federal²⁶.

Ilustração 1 – Regiões Administrativas do Distrito Federal.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, 2016.

Segundo o GDF (2016), essa divisão ocorre com a finalidade de facilitar a administração pública e possibilita a apreciação de elementos importantes que são balizadores para a definição das políticas públicas de saúde, considerando a pressão exercida pela RIDE sobre diversas áreas setoriais, como a saúde, a educação, a segurança e a habitação²⁶.

O DF possui competências legislativas atribuídas aos Estados e Municípios, conferindo à UF característica peculiar por ser indivisível e ser considerado, nas estatísticas nacionais, como indistinto da capital federal e de suas RA²⁷.

Considerando sua atribuição de Estado e Município, no que se refere à gestão dos serviços de Saúde, a SES-DF acumula funções que abrangem desde a execução direta de ações e serviços e aquisição de insumos, até a regulação, o controle e a avaliação do sistema de saúde. Com isso, o volume de recursos associado ao das transferências federais – MS e Fundo Constitucional – permite um gasto anual per capita com saúde entre os cinco maiores da Federação²⁷.

O sistema de saúde no Distrito Federal caracteriza-se pela predominância de estabelecimentos sob a administração direta da SES-DF. Compõem esta rede: as unidades ambulatoriais, hospitalares e de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico, as ações e os serviços em atenção primária e os especializados de média e alta complexidade²⁶.

Em 2016, segundo o Plano de Saúde do Distrito Federal, 34,59% da população possuía plano de saúde e em relação à AB, 80,95% declararam utilizar a unidade de saúde e dos que a utilizam, aproximadamente 90% procuram os serviços da própria RA²⁶. Entretanto, segundo o MS, em 2018, esse número passou a representar 30,83% da população. Isto é, a maioria da população do DF depende exclusivamente do SUS.

No que concerne à regionalização, o DF é dividido em sete Regiões de Saúde, de acordo com o Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018, compostas por unidades ambulatoriais, hospitalares e de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico que, integrados, permitem uma volubilidade de ações e serviços de saúde que responda pelas necessidades em atenção primária e de até as de outras especificidades. Até 2015 eram 15 RAs subordinadas diretamente à Pasta que, de acordo com o novo modelo foram agrupadas como:

- Região Sul – Santa Maria e Gama.
- Região Sudoeste – Taguatinga, Samambaia e Recanto das Emas.
- Região Oeste – Ceilândia e Brazlândia.
- Região Centro-sul – Asa Sul, Lago Sul, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II, Guará, Park Way e Candangolândia.
- Região Norte – Planaltina e de Sobradinho.
- Região Centro-Norte – Asa Norte, Lago Norte, Cruzeiro, Varjão e Sudoeste/ Octogonal.
- Região Leste – Paranoá e São Sebastião.

Este documento propôs a definição de bases territoriais e populações alvo, as quais seriam atendidas por unidades de perfis diferentes, organizadas de forma hierarquizada e regionalizada, como centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde constituiriam a porta de entrada do sistema, onde atuariam os médicos generalistas³⁰.

Tal modelo influenciou a organização dos sistemas de saúde no mundo todo, principalmente nos países que instituíram sistemas nacionais universais que configuram uma modalidade de intervenção governamental baseada na concepção de saúde como direito de cidadania³⁰.

O debate sobre a APS foi intensificado internacionalmente na década de 1970, a partir da Conferência de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, hoje Almaty, ex-capital do Cazaquistão, sendo resultado dos questionamentos sobre a organização da atenção à saúde, desde então baseada em um modelo médico hegemônico, especializado e intervencionista, com fragmentação da assistência e pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população³¹.

A lacuna existente entre as condições de organização da saúde nos países desenvolvidos e em desenvolvimento também impulsionou este debate, chamando atenção para a desigualdade no acesso aos serviços de saúde³².

A APS representa a instância que proporciona a entrada no sistema de saúde para todas as necessidades e os problemas, viabiliza a atenção sobre a pessoa de forma longitudinal, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros³⁶. Logo, a APS compreende uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todas as instâncias do sistema de saúde, organizando e racionalizando o uso de recursos básicos e especializados,

direcionados à promoção da saúde, à prevenção da doença, à cura e à reabilitação, visando maximizar a saúde e o bem-estar.

Na década de 1990, o País optou pela adoção do termo AB, visando a defesa de um modelo de atenção que se diferísse da proposição preventivista e se aproximasse da lógica da determinação social da doença³⁷. Esta adoção é motivada pela necessidade de diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, sustentando o argumento de que básico tem um sentido amplo de essencial, primordial e fundamental, em oposição ao termo primário, cuja conotação seria mais restrita e com ações focalizadas³¹.

O Ministério da Saúde emprega os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como sinônimos²⁸, utilizando o primeiro termo em documentos oficiais e no Governo Federal na denominação de sua Política Nacional. Segundo a PNAB, disposta na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXII³³:

Art 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A AB representa a porta de entrada do sistema de saúde por meio da oferta de serviços de baixa e média complexidade, enfatizando a oferta de serviços e a integralidade das ações de saúde por meio da prevenção e da promoção da saúde, buscando reduzir a demanda por serviços de alta complexidade e garantir acesso universal²⁸.

Neste modelo de atenção, a pessoa deve ser considerada de acordo com a sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral e incorporar as ações de vigilância em saúde, e visando o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças e a promoção da saúde³³.

A APS entra na agenda do MS em uma perspectiva de consolidação dos princípios do SUS, reorganização do sistema e mudança do modelo de atenção. As principais características desta política que fazem com que a agenda permaneça dentro das prioridades do Ministério da Saúde, ainda que em diferentes gestões e com elevado grau de continuidade nos anos 1990, giram em torno do seu caráter inovador, o foco na família e comunidade, a visibilidade política, o apoio de diferentes atores e a permanência de quadro técnico no MS que se manteve na condução do Programa Saúde da Família (PSF) por volta de 10 anos³⁴.

Em 1991, ocorreu a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a partir de experiências locais. Após a criação do PSF, entre os anos de 1993 e 1994, a AB passou a ocupar lugar de destaque na agenda federal, o que culminou, posteriormente, na sua transformação em ESF³⁴.

A Estratégia de Saúde da Família é prioritária para a expansão e a consolidação da Atenção Básica, segundo a PNAB, conduzida pelo Ministério da Saúde. O MS atrela também o caráter indutor de políticas por meio de incentivos financeiros à esfera federal. O Órgão instituiu dois recursos, o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) e o Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), para a implantação das estratégias relacionadas à Atenção Básica, de modo que o mecanismo de transferência aconteça de forma regular e automática aos municípios, dissociando do faturamento por produção.

Ademais, a ESF é a principal estratégia no âmbito da Atenção Básica no Ministério da Saúde e prioritária na implementação das ações no território. Por isso, existem diversos programas, ações e estratégias ligadas à adesão à ESF, como o financiamento das eSB, NASF-AB, Estratégia Requalifica UBS, Programa Academia da Saúde e PSE.

Apesar da gestão e execução de ações e serviços de APS serem descentralizados, logo atribuídos ao nível municipal, a esfera federal tem um papel relevante na determinação

da Política de Atenção Básica em âmbito nacional, considerando sua atribuição de órgão formulador e financiador das políticas de saúde³⁸.

A ESF é fundamental para a operacionalização na perspectiva de reorganização do modelo assistencial e na difusão de novas práticas que visam oferecer ao usuário um melhor acesso aos serviços, um acompanhamento integral de suas demandas e uma melhor orientação à família e à comunidade local³⁹. Diversas avaliações sobre a implantação da Estratégia foram realizadas e revelaram resultados positivos, especialmente nos municípios com menos de 100 mil habitantes^{40,41,42}.

Entretanto, a consolidação da ESF nos grandes centros urbanos, principalmente nos que apresentam mais de 500 mil habitantes, é complexa devido aos diversos aspectos, como a elevada complexidade epidemiológica, o adensamento populacional, o processo de urbanização desorganizado, as desigualdades sociais e o déficit em saneamento⁴².

O sistema de saúde do Distrito Federal, com características semelhantes às das grandes metrópoles, constitui um importante exemplo para a análise das repercussões de tais iniciativas sobre a reorganização da APS²⁸.

A implantação da ESF no DF ocorreu em 1997 e, ao contrário do movimento de expansão observado no resto do País. Coexistem os dois modelos de AB, um com as Unidades Básicas Tradicionais (UBT) e outro, com as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), presentes em quase todas as RAs, com predominância nas regiões com menor oferta de serviços de saúde e indicadores de saúde mais desfavoráveis²⁷. A coexistência do modelo tradicional e da Estratégia Saúde da Família limita a reorganização neste âmbito de atenção local⁴³.

De acordo com o estudo realizado por Göttems *et al.* (2009) sobre o cenário da saúde no DF de 1960 a 2007, ocorreram investimentos volumosos de recursos financeiros e políticos direcionados à construção de hospitais, uma vez que as iniciativas para fortalecer a

APS foram descontínuas e desarticuladas da rede de serviços da atenção secundária e terciária.

O mesmo estudo aponta que, a partir de 1999, a implantação da ESF passou por mudanças na sua operacionalização, como a inserção de gratificação não condicionada de 20% sobre o vencimento para os servidores das equipes de ESF, a construção de 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na área urbana e a contratação de profissionais para a composição completa da ESF⁴³.

Os autores apontam que a APS passou a ser o marco das mudanças na política de saúde no DF, integrando a pauta de discussões e passando a ser objeto de disputas político-partidárias, além de justificar a realização de parcerias público-privadas para a gestão do setor. Entretanto, não foi capaz de mudar, ainda assim, o funcionamento das unidades tradicionais⁴³.

Em dezembro de 2018, segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), a cobertura populacional pela Atenção Básica era de 61,26%, sendo que 54,82% correspondiam à ESF. Ocorreu um crescimento exponencial significativo de implantação das equipes da ESF no Distrito Federal, sobretudo considerando no último ano.

Em 2016, o DF apresentava 172 UBS, de portes e distribuição variáveis, onde as pessoas são atendidas por equipes multiprofissionais com território adstrito, conforme preconizado na ESF. Nas unidades que funcionam no modelo tradicional de Atenção Primária, a atenção médica é fragmentada entre as especialidades de clínica médica, gineco-obstetrícia e pediatria.

Segundo o GDF, a APS trabalhava com duas metas: a de melhorar a saúde da população e a de proporcionar equidade na distribuição de recursos. Algumas RAs destacaram-se nessa perspectiva, apresentando um nível diferenciado de cobertura por parte da ESF: Samambaia (72%), Estrutural (89%), Riacho Fundo I e II (74%) e Gama (51%).

No Plano Distrital de Saúde, referente aos anos de 2016-2019, aprovado conforme a Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal nº 457, de 05 de abril de 2016, que seguiu as diretrizes do Ministério da Saúde, da 15ª Conferência Nacional de Saúde e da 9ª Conferência Distrital de Saúde, o objetivo da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS) da SES-DF no período é a expansão e a qualificação da ESF e de todos os serviços de APS, implantando diversas equipes para abarcar as diferentes populações, realidades e necessidades para aumentar a cobertura populacional do DF.

4.2 O PROJETO BRASÍLIA SAUDÁVEL

No dia 30 de junho de 2016, o GDF, por meio da SES-DF, lançou o programa Brasília Saudável, cujo objetivo final é a expansão da cobertura da ESF e a melhoria do atendimento integral ao cidadão.

O cenário estava marcado por problemas, como a superlotação de emergências dos hospitais e das UPA, o fechamento de portas de pronto atendimento, a falta de qualidade no atendimento aos usuários, a falta de resolutividade em todas as instâncias de atenção, as extensas listas de espera por consultas em especialidades e cirurgias eletivas, a carência de profissionais, os profissionais insatisfeitos e as deficiências de abastecimento e de manutenção.

A insatisfação dos cidadãos e dos profissionais, a ineficiência do modelo de atenção, o cuidado fragmentado, a qualificação técnica insuficiente, a escassez de recursos orçamentários e financeiros e o comprometimento da infraestrutura são questões recorrentes no modelo de saúde predominante no DF. Além disso, a baixa cobertura populacional, a baixa resolutividade e o grande número de encaminhamentos à atenção hospitalar e especialidades focais, caracterizam a coexistência de dois modelos de atenção básica, o modelo tradicional e

a ESF, entaves estruturais a serem tratados tendo em vista a possibilidade de mudança no modelo de atenção.

Ademais, reunir competências de Estado e Município, planejar a atenção à saúde para os seus 3 milhões de habitantes, tendo que considerar a necessidade de atendimento secundário e terciário para os habitantes da RIDE, somam-se ao desafio de mudar a prática da APS no seu próprio território.

A APS não é a principal porta de entrada da população no sistema de saúde do DF com poucos profissionais especialistas em Saúde da Família e Comunidade no cenário de 238 equipes de Saúde da Família (eSF) consistidas. A alta rotatividade dos profissionais e o elevado absenteísmo de todas as categorias são fatores que prejudicam ainda mais a consolidação do cuidado na AB no DF.

Podem-se elencar ainda outros problemas, como: a infraestrutura precária nas unidades de saúde para atuação das eSF, o acesso limitado para a população com acolhimento inadequado, a agenda fechada ou limitada a certo número de vagas, as unidades de saúde sem sistemas de informação adequados ao nível de atenção, os encaminhamentos inadequados às especialidades e sem disponibilidade de acesso às mesmas.

Após a análise da situação de saúde e o dimensionamento dos profissionais da rede, o GDF verificou que o quantitativo de profissionais lotados nas UBS poderia conformar equipes de transição para a ESF, desencadeando o processo de migração dos profissionais para o novo modelo. Nesta perspectiva, em fevereiro de 2017, deu-se início ao programa Brasília Saudável, cujo foco era a reorganização do sistema de saúde, a partir da qualificação da APS, com foco na ESF, por meio de duas normativas que permitiriam a migração de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem com atuação no modelo tradicional da Atenção Primária à Saúde para a Estratégia Saúde da Família.

O conjunto de normativas publicadas, posteriormente, detalha o processo de mudança e regulamentam o âmbito de atenção à saúde. A Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, estabeleceu a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, nos termos da Política Nacional de Atenção Básica e da Resolução nº 465, de 04 de outubro de 2016, do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Por sua vez, a Portaria SES-DF nº 78, de 14 de fevereiro de 2017, veio disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família, determinando que as UBS fossem convertidas, progressivamente, para o modelo de Estratégia Saúde da Família e que tivessem como prioridade as áreas de maior vulnerabilidade social. Esta Portaria ainda trata do processo de trabalho e da organização do serviço, permitindo que os profissionais anteriormente atuantes no modelo tradicional compusessem as equipes de transição, a partir da realização de capacitação e do cumprimento de requisitos para se constituir em eSF. O objetivo era que todas as UBS do Distrito Federal funcionassem com equipes da ESF, como modelo assistencial substitutivo ao modelo tradicional. Enquanto a realidade do DF era de apenas 30% de cobertura de atenção básica, quatro RAs destacaram-se neste cenário:

- Estrutural – 89% de cobertura.
- Riacho Fundo I e II – 74% de cobertura.
- Samambaia – 72% de cobertura.
- Gama – 51% de cobertura.

A meta estruturante do governo para o período 2016-2019 era a de expansão e qualificação da ESF para 50% até o ano de 2019, apostando na qualificação de todos os serviços de APS em um conjunto maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do DF, tais como: eSF, equipe de Saúde Rural, NASF-AB, UBS, Consultório de Rua, entre outros.

O GDF também anunciou que esse movimento exigiria investimentos em infraestrutura, suprimento de insumos, qualificação profissional, modernização dos processos de trabalho e desenvolvimento de estudos e pesquisas na área de monitoramento e avaliação da APS.

A partir de recursos do GDF, do Ministério da Saúde e de organismos internacionais, foi proposto para além da ampliação gradual da Saúde da Família, a possibilidade de construção de 64 UBS nas Regiões Administrativas da Asa Norte, Ceilândia, Gama, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, Samambaia, Santa Maria, Sobradinho e Taguatinga, ampliação de 18 Unidades, e reforma de 69 UBS já existentes.

O Projeto foi transformado na Lei nº 6.133, em 06 de abril de 2018, a qual estabelece a ESF como modelo exclusivo na Atenção Primária, incentivos financeiros para os servidores que atuam nesses moldes, possibilitando o aumento de recursos repassados pelo Ministério da Saúde.

Os objetivos e as metas do Projeto envolvem a melhoria na eficiência do modelo de atenção, a promoção da equidade, a garantia da integralidade do cuidado, a ampliação da resolutividade dos problemas e queixas, a promoção da excelência técnica e a satisfação profissional, com a viabilização da rede física assistencial acolhedora e resolutiva, o fortalecimento da racionalidade da gestão e o planejamento e a programação das ações.

Considerando o papel do conselho de saúde na transformação e na consolidação do modelo de atenção local e o seu papel de definir as prioridades da política, compreender o curso de atuação e a contribuição do Conselho de Saúde Distrito Federal na presente pesquisa destaca-se, uma vez que o estudo das políticas públicas está inserido, atualmente, nos esforços para compreender o papel do Estado e a sua forma de intervenção na sociedade, o que significa observar as interações entre o Estado e a sociedade, as relações entre os atores e compreender a dinâmica da ação pública⁴⁴.

Portanto, é possível aprofundar em questões relacionadas ao poder dos diversos atores que participam do processo político, especialmente na definição de prioridades, investigando a existência e a percepção da diversidade de atores político-institucionais que influenciam na constituição das políticas de saúde.

4.3 O CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

O CSDF foi criado em 1973 com o objetivo de ampliar a discussão das políticas de saúde, as quais se demonstravam complexas, sobretudo em virtude do aumento populacional desordenado decorrente da chegada de migrantes em busca de melhores condições de vida.

Em 2011, após diversas alterações ao longo dos anos, o CSDF foi modificado pela Lei nº 4.604, de 15 de julho de 2011, que regulamentou suas novas atribuições, de organização e composição, somando novos atores sociais e possibilitando a eleição pela primeira vez do presidente, cargo ocupado anteriormente pelo secretário de saúde⁴³. O Órgão é vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF) e é composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde ao DF.

Ademais, o Conselho de Saúde é a instância máxima de deliberação do SUS, com caráter permanente e deliberativo, tendo como missão deliberar, fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde do DF. Aprovar o orçamento da saúde do DF, bem como acompanhar a sua execução orçamentária e aprovar a cada quatro anos o Plano de Saúde do Distrito Federal também são competências deste Conselho.

O CSDF possui comissões cuja finalidade é de articular políticas e programas de interesse para a saúde e assessorar o pleno do Conselho, nas suas reuniões plenárias, fornecendo subsídios de discussão e deliberação para formular a estratégia de ação e de

controle da execução de políticas públicas de saúde. Entretanto, tais comissões, bem como os grupos de trabalho, não são deliberativos, nem normatizadores, o seu papel consiste em discutir e articular as políticas, as normas e os programas das instituições e dos setores de interesse do SUS e submeter as suas recomendações ao pleno do CSDF.

- Representação do segmento gestores no período de 2015 a 2018:

A Secretaria de Saúde e os gestores da SES-DF, a Fundação Hemocentro de Brasília (FHB), a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência de Saúde (FEPECS), o Hospital das Forças Armadas (HFA) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF) com suplentes das mesmas instituições, exceto nos casos do HFA que tinha suplência pelo do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e do ICDF que era substituído pelo Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

- Representando o segmento dos trabalhadores em saúde:

O Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, o Sindicato dos Enfermeiros do DF, a Associação Médica de Brasília, o Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem DF, o Sindicato dos Auxiliares e Técnicos em Enfermagem do DF, a Associação dos Profissionais de Saúde Pública do DF, o Conselho Regional de Farmácia do DF e o Sindicato dos Médicos do DF. Como suplentes desse segmento, estavam os representantes do Sindicato dos Odontologistas do DF, do Conselho Regional de Nutricionistas, do Sindicato dos Biomédicos do DF, do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde, do Conselho Regional de Psicologia do DF, do Sindicato dos Agentes de Vigilância Ambiental em Saúde e Agentes Comunitários de Saúde do DF e da Associação Brasileira de Enfermagem do DF.

- Representando o segmento dos usuários de serviços públicos de saúde:

O Movimento Afrodescendente de Brasília, a Central de Movimentos Populares do DF, o Centro Acadêmico de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, a Federação das

Mulheres do Distrito Federal e Entorno, a Associação dos Voluntários, Pesquisadores e Portadores de Coagulopatias, o Movimento Integrado de Saúde Comunitária do DF, a Associação de Aposentados Pensionistas e Idosos da Previdência Social do DF e Entorno, a Rede Feminina de Combate ao Câncer de Brasília, a Pastoral de Saúde do DF, a Associação Brasiliense de Deficientes Visuais, o Grupo de Apoio às Mulheres Atingidas pela Hanseníase e a Associação Brasiliense de Combate à AIDS – Grupo Arco-Íris. A Associação Cultural Recreativa Esportiva Farmacêutica do DF tinha como suplente a Associação dos Servidores do Comércio Farmacêutico e a Associação “Mães” em Movimento a Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil.

Neste mandato foram compostas 13 comissões internas do CSDF: (1) a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno; (2) a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador; (3) o Conselho Administração do Fundo de Saúde; (4) a Comissão de Orçamento e Finanças; (5) a Comissão ParticipaSUS; (6) a Comissão Integração de Ensino e Serviço; (7) o Comitê Central de Promoção à Saúde; (8) a Comissão de Educação Permanente para o Controle Social; (9) a Comissão de Acompanhamento de Política de Saúde de Pessoas com Deficiência e Comissão Intersetorial de Pessoas com Deficiência; (10) a Comissão de Saúde Perinatal; (11) a Comissão de Saúde do Trabalhador da SES-DF; (12) a Comissão Permanente de Acompanhamento e Operacionalização do Plano Assistencial / Gestão da Atenção Primária à Saúde do DF; e (13) a Comissão Permanente de Reforma de Modelo Assistencial/ Gestão da Urgência e Emergência do DF.

A partir do movimento social de certas regiões e cidades do Distrito Federal, veio-se constatando a insatisfação com o desempenho do CSDF que não respondia às demandas da população e o crescimento populacional das regiões administrativas e desse modo foram se formando Conselhos Regionais de Saúde (CRS), com a finalidade de criar estruturas

descentralizadas representativas dos segmentos atuantes nas grandes regiões para contribuir e auxiliar na gestão do sistema de saúde⁴⁶.

A partir do crescimento populacional exponencial das RAs, foi constatado que o CSDF não respondia às demandas da população e, então, formaram-se os Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal (CRS-DF), com a finalidade de criar estruturas descentralizadas para auxiliar na gestão do sistema de saúde⁴⁶.

Os CRS-DF contribuem estrategicamente no processo de reestruturação da atenção à saúde no DF, à medida que a atuação do controle social tem maior potencial de capilarização e são capazes de indicar as reais necessidades locais que devem ser consideradas na formulação das políticas públicas de saúde³⁹.

Diversos conselhos regionais foram criados por pressão da sociedade civil, que vivia em assentamentos em situação precária e sem condições de infraestrutura. No entanto, os CRS-DF não detêm autonomia administrativa e financeira, dado que não estão formalmente inseridos no organograma da SES-DF⁴⁶.

Os CRS-DF são responsáveis também pela articulação das conferências regionais que discutem as necessidades e as especificidades de cada região de saúde para levar propostas às conferências de Saúde realizadas no Distrito Federal.

Ainda que sejam o principal lugar para a formulação das demandas em saúde da região, percebe-se que os CRS encontram dificuldades de consolidação por fatores diversos, como a ausência de hábito da comunidade para a participação em saúde, resultando na transformação em espaços burocráticos, que não permitem transparência das ações em saúde, entre outros⁴⁴. Apesar disso, os CRS-DF têm contribuição estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde no DF, visto que indicam as necessidades reais que devem ser consideradas na formulação das políticas públicas de saúde³⁹.

O poder é construído a partir de múltiplas forças e no processo da política de Saúde existem algumas que podem atuar de maneira mais organizada na construção das políticas. Grupos de atores podem ser separados em função de seus interesses e poderes⁴⁴. Percebe-se que na institucionalização da participação social do DF, a peculiaridade de sua divisão política-administrativa faz com que esse processo precise ser bem organizado para atender as demandas de todos os atores envolvidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As análises realizadas neste estudo partiram de 135 documentos, dos quais apenas 35 tinham relação com o debate da Atenção Primária à Saúde: 29 atas de reunião, 5 resoluções do CSDF e 1 relatório final da Conferência de Saúde. Cabe destacar a respeito:

1. O texto das atas não constitui as falas dos sujeitos em sua totalidade, pois não se trata de transcrições ou compilações de falas integrais, o que ocorre apenas se solicitado pelo participante. Portanto, as falas que compõem as atas apresentam a sistematização do conjunto de ideias que compõem a reunião, apresentando caráter resumido e de interpretação dos relatores.
2. Mesmo apresentando uma metodologia estabelecida e uma ordem de pautas definidas, podem ocorrer mudanças nas reuniões do pleno do Conselho que dificultam a estruturação de encaminhamentos pelos relatores e, de alguma forma, o processo de análise documental desenvolvido.

Pretende-se, então, discutir as atas do CSDF no que se refere ao tema APS, as quais representam 49 documentos produzidos entre 2014 e 2017 (Ilustração 3).

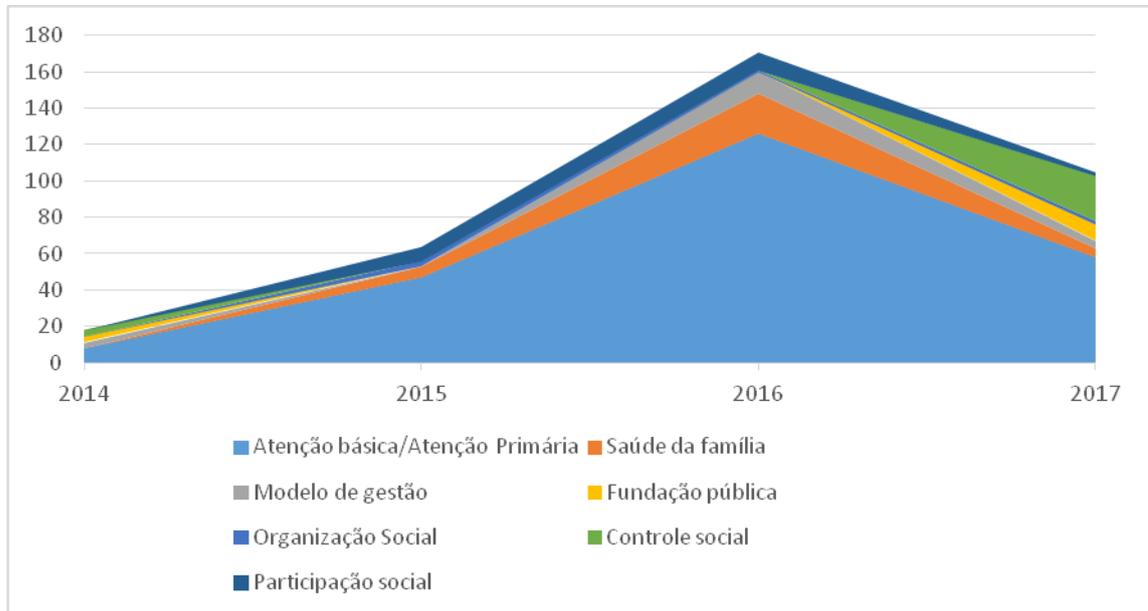
Ilustração 3 - Número de atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal com presença da temática da Atenção Primária, 2014 a 2017.

Ano	Nº de Reuniões Ordinárias	Nº de Reuniões Extraordinárias	Nº de ATAS que discutiram APS
2014	1	1	2
2015	6	11	9
2016	8	12	10
2017	6	4	8
Total	21	28	29

Fonte: De autoria própria, 2019.

A partir da análise dos termos mais frequentes correlatos ao assunto em questão, foi possível identificar a tendência de discussão por ano (Ilustração 4).

Ilustração 4 - Tendência dos termos nas atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal, 2014 a 2017.



Fonte: De autoria própria, 2019.

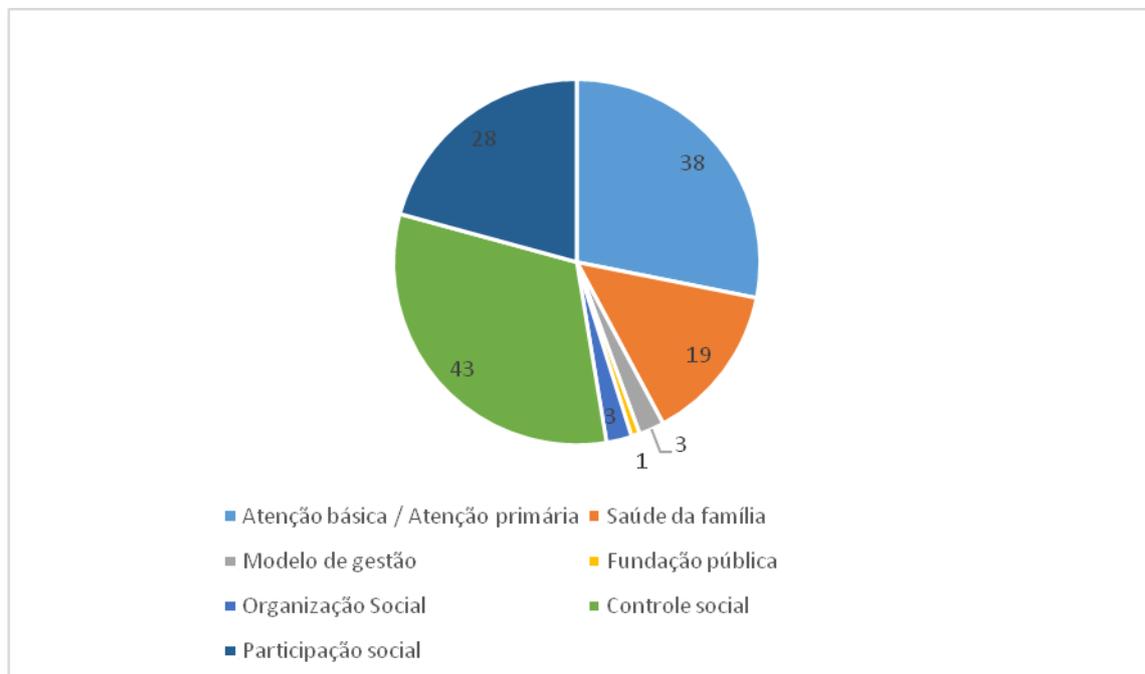
É possível observar que no ano 2016 muito se discutiu sobre a Atenção Primária à Saúde no DF. Cabe observar que esse período é o mesmo de implementação do projeto Brasília Saudável e que concentrou um esforço de discussão e elaboração de normativas e recomendações que culminaram na efetivação da proposta do Governo por parte do Conselho.

A discussão sobre o modelo de gestão também acompanhou essa evolução, entretanto, sua ascensão ocorreu no período de formulação das propostas entre os anos de 2015 e 2016.

As expressões participação social e controle social foram escolhidas porque sempre estiveram presentes nos registros, a partir da necessidade de reforçar o papel que o Conselho estava desempenhando e sua importância para a execução das ações propostas. Em termos de proporção, observa-se que há uma maior disposição de discussão entre os anos de 2016 e 2017, ou seja, no momento de implementação da agenda proposta.

Analisando o relatório final da 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, é possível observar a reafirmação do papel da participação e do controle social de forma mais incisiva, o que era esperado, considerando o papel das conferências de saúde. Um dos pontos fundamentais da Conferência para o desenvolvimento do Projeto de mudança na APS foi sobre o modelo de gestão da saúde no DF. Dentre as recomendações, foi deliberada a contrariedade da conferência à gestão por outros meios que não a gestão totalmente pública e a prestação gratuita dos serviços. A discussão sobre APS, AB e Saúde da Família esteve presente em todas as discussões nas conferências das regiões de saúde, de modo que também houve recomendações acerca do fortalecimento da AB, da qualificação dos profissionais e da implantação de ações correlatas à ESF que aportaram à 9ª Conferência Distrital.

Ilustração 5 - Tendência dos termos no relatório da 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, 2015.



Fonte: De autoria própria, 2019.

5.1 A CRONOLOGIA DO DEBATE SOBRE A MUDANÇA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

5.1.1 2014

A discussão do pleno do Conselho em 2014, registrada em apenas duas atas disponíveis, permeou o modelo de atenção do DF após a apresentação sobre a Atenção Primária à Saúde ser realizada. Os conselheiros relataram questões positivas sobre o potencial da organização do serviço a partir da APS, como a melhoria de consultórios de enfermagem, ao invés de investimento em ações pontuais e específicas, como a Carreta da Mulher, além de relataram sobre o baixo investimento nesse nível de atenção e os problemas com o profissional médico. O pleito sobre a convocação dos aprovados no concurso para nutricionista em razão do déficit dessa profissão em hospitais da SES-DF e para a AB foi registrado com impacto direto na APS pela moção de apoio nº 002 de 18 de novembro de 2014.

5.1.2 2015

Em 2015, as discussões sobre o modelo de atenção, a organização dos serviços, a educação permanente e a infraestrutura se destacaram com mais frequência.

A discussão sobre o modelo de atenção baseado na APS apontou a necessidade de priorização do Governo para a pauta, pois como estava configurada não atendia às necessidades de indicadores para o monitoramento das ações e de atenção aos determinantes sociais de saúde. Os representantes do Governo frisaram a meta prioritária de aumentar para 80% a cobertura da Atenção Básica. Além disso, foi levantada como necessária para a melhoria da AB a responsabilidade do Distrito Federal com o atendimento à população da RIDE-DF.

Sobre a organização dos serviços, o debate transcorreu entre a APS como ordenadora do serviço na Rede de Atenção à Saúde (RAS), os serviços ofertados, a revisão de protocolos utilizados nos serviços e a grande complexidade deste nível de atenção, surgindo então a proposta de se constituir a Câmara Técnica de Atenção Primária à Saúde, composta pelo Conselho, pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), pelas entidades científicas, pelos profissionais de notório saber e pelo Subsecretário de Atenção Primária à Saúde e seus assessores, com o objetivo de construir e consolidar o Plano de Atenção Primária do DF, a partir da definição de indicadores e metas específicas a serem pactuados para a gestão da APS.

A importância da educação continuada e permanente foi tratada diversas vezes e sempre com foco na priorização para os profissionais da Atenção Primária à Saúde tanto de assuntos já vividos pelas equipes quanto de mudanças propostas para o fortalecimento da AB. Em certo momento, foi destacada que a oferta de qualificação para os Agentes Comunitários de Saúde ficou fora da agenda dos governos anteriores e que os médicos, quando da sua admissão na APS, não têm exigida a especialidade.

A Recomendação CSDF nº 04, de 02 de junho de 2015, foi publicada indicando todas as ações necessárias sobre a continuidade do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde e oferta, por meio da Escola Técnica da Saúde de Brasília/ FEPECS, do Curso Técnico para Agentes de Vigilância Ambiental em Saúde da Rede SES-DF.

Acerca da infraestrutura e manutenção, foi citada a indisponibilidade de telefone nos centros de saúde, bem como os problemas com a informatização, incluindo o sistema de informação local, o *Trackcare*, que não atende as demandas da APS. Essa ação deveria ser prioridade, principalmente pelo volume das ações relacionadas à estratégia e-SUS indicadas pelo Ministério da Saúde. Segundo os conselheiros, esta questão influencia, inclusive, no monitoramento dos agravos, como a subnotificação da dengue em Brasília, devido aos

problemas de comunicação. Nessa temática, ainda foi tratada a infraestrutura física dos centros de saúde, considerando que algumas unidades funcionam em local próprio do governo e outras não.

Frequentes debates sobre o orçamento e o financiamento se fizeram presentes em diversos espaços de discussão sobre Saúde. Neste ano, o foco permeou o repasse federal *per capita* e a necessidade de esclarecimentos do fundo local para elucidar as dúvidas sobre os incentivos recebidos e aplicados com vistas a identificar possíveis desvios da APS para outras ações, além da necessidade de investimento para a melhoria das condições de saúde.

Questões relacionadas às temáticas já apresentadas refletiram em algum momento no debate sobre os recursos humanos. Considerando a infraestrutura dos centros de saúde, ao se realizar o dimensionamento dos servidores, haveria centenas de profissionais lotados fora de suas unidades de serviço e isto poderia influenciar em um sub e/ou superestimação nas unidades, ocasionando uma insuficiência de recursos humanos para a APS. Fora citado, ainda, que, de forma geral, a gratificação para os profissionais da atenção primária à saúde não deve ser fator para a fixação do profissional e que houve, em algum momento, a desprecarização dos Agentes Comunitários de Saúde, embora persistam diferenças da realidade do trabalho dos agentes em outros locais do País.

Em 02 de junho de 2015 foi publicada a Recomendação nº 03, que trata da promoção de todas as ações necessárias à contratação programada dos profissionais indispensáveis à composição das eSF e à comunidade para a cobertura proposta no Plano Plurianual 2016-2019, de até 80% da população do DF, mediante a convocação dos concursados, ampliando a validade dos concursos ou realizando novos, inclusive para provimento dos cargos de Agentes Comunitários de Saúde e de Vigilância Ambiental em Saúde.

Em relação à gestão do serviço, foi evidenciado o questionamento de um modelo de gestão diferente para a APS. Os conselheiros questionaram a adequação da gestão dos convênios com o Ministério da Saúde, observando a cobertura e a qualificação das eSF e a consistência delas junto ao MS, bem como manifestaram preocupação ante a integração entre as mudanças nos modelos de gestão e de atenção, ponderando os recursos humanos e o maior interesse dos contratos na atenção secundária e terciária, desvalorizando a atenção primária à saúde.

Neste ano ocorreu a 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal em que foram elaboradas e aprovadas, no âmbito do CSDF, as Diretrizes Estruturantes da Saúde do DF, as quais abordam, principalmente, a gestão de recursos humanos no SUS; a reconstrução do modelo de assistência na SES-DF; a gestão, o planejamento, o orçamento e o financiamento; a assistência farmacêutica; a vigilância em saúde; a logística, a manutenção e a infraestrutura nas unidades de saúde da SES-DF. Esse foi o resultado de uma agenda entre a gestão da SES-DF, os conselhos regionais e o CSDF. Para o Conselho de Saúde do Distrito Federal,

a prática do controle e participação social, que se materializou durante as conferências, é reconhecida como fundamental no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e se consolida na elaboração desse relatório, o qual amplifica a voz e a vontade do povo quanto aos seus anseios e necessidades na construção de uma sociedade mais digna para se viver.

A partir da plenária popular da macrorregião Centro-Oeste, que contou com a participação de diversos atores dos estados do Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Tocantins e DF, e da organização sociodemográfica do DF, considerando a sua regionalização, foram realizadas mobilizações populares nas Regiões Administrativas.

As chamadas pré-conferências tinham o objetivo de subsidiar a discussão a partir das demandas de Saúde e a identificação das especificidades de cada região administrativa, de modo a obter uma maior participação e garantir a discussão e encaminhamento das demandas para as Conferências Regionais e para a 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal.

Planaltina, Núcleo Bandeirante, São Sebastião, Gama, Santa Maria, Sobradinho, Paranoá, Itapoã, Recanto das Emas, Taguatinga, Águas Claras, Ceilândia e Brasília realizaram esse movimento de pré-conferências, dentre as 31 regiões administrativas. Isso mostra a necessidade de se reforçar a participação popular nos CRS-DF, considerando seu papel na formulação da conferência como local potente de participação social. Entretanto, as 7 regiões de saúde realizaram as conferências regionais, as quais apresentaram 7 eixos como norte para os debates:

- Eixo I – Direito à Saúde.
- Eixo II – Participação e Controle Social.
- Eixo III – Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde.
- Eixo IV – Financiamento do SUS e a relação público-privada.
- Eixo V – Gestão do SUS e Modelos de Atenção.
- Eixo VI – Educação e política de comunicação do SUS.
- Eixo VII – Ciências, tecnologia e inovação no SUS.

Vale ressaltar que nas conferências regionais diversos pontos levantados são caros à reorganização da APS e refletiam nas discussões do CSDF.

Ainda que houvesse especificidades em cada Região, como a construção de uma unidade básica de saúde, o teor geral das propostas para o Eixo I, Direito à Saúde, nas Regiões Leste, Sul, Norte, Oeste, Centro-Norte e Sudoeste limitou-se em: o aumento de cobertura da ESF, a preocupação com a estrutura, os insumos e os recursos humanos adequados, a provisão de profissionais, a composição e a implantação de estratégias correlatas, como a saúde bucal e o NASF-AB, a organização da RAS, a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde e o aprimoramento dos mecanismos de regulação no agendamento de consultas, na referência e contrarreferência, nas ações e nos procedimentos.

Para o Eixo II, Participação e Controle Social, não houve proposições que estivessem diretamente ligadas à APS. Por seu turno, para o Eixo III, Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde, a Região Centro-Sul propôs a garantia de uma quantidade de UBS com uma estrutura adequada para abranger toda a Região, ao passo que as Regiões Sudoeste e Oeste focaram em propostas direcionadas à educação, ao processo de trabalho e à remuneração dos profissionais da AB, citando não só a ESF, mas também o NASF-AB e o ACS. Esse tema sempre foi uma questão tratada no CSDF, principalmente o desafio sobre as gratificações dos servidores.

No Eixo IV, Financiamento do SUS e a relação público-privada, apenas 2 regiões propuseram questões acerca da APS. Essa discussão, que sempre foi muito delicada, surgiu com aspectos que permearam o debate da reforma da APS, como a descentralização de recursos e a valorização do servidor. Algumas regiões se mostraram a favor da gestão por fundação pública de direito privado, outras não, mas no final a unanimidade e o pleito definido na Conferência Distrital foram contrários a essa possibilidade. Especificamente, a Região Sul pleiteou a garantia de equipamentos públicos para o funcionamento das ESF, ao mesmo tempo em que a Região Norte propôs a existência de uma fundação única descentralizada nas regionais e reforçou a APS como a ordenadora do serviço.

No Eixo V, Gestão do SUS, as Regiões Sul, Sudoeste, Norte e Centro-Sul propuseram questões relativas à ampliação e ao fortalecimento da AB, por meio das estratégias de Saúde da Família. A Região Leste propôs ações direcionadas aos ACS e a Região Norte pontuou a importância dos determinantes sociais e dos indicadores de saúde, a descentralização estatal dos recursos econômicos e financeiros e da força de trabalho com vistas a permitir a autonomia da Região, bem como a construção de unidades de saúde. Considerando o objetivo desse Eixo, de tratar do modelo de atenção do DF, identificou-se o

apoio ao fortalecimento das APS, mas foi possível perceber também que esse debate é mais frequente em Regiões que já tinham a ESF como modelo presente no cotidiano.

Para o Eixo VI, Educação e política de comunicação do SUS, a Região Norte frisou o fortalecimento e a estruturação plena da APS enquanto protagonista no alcance da função social do Estado na saúde e o canal de comunicação e educação permanente junto à população, além da reestruturação e do fortalecimento do Programa Saúde na Escola. A Região Oeste, por sua vez, propôs a divulgação sobre a carteira de serviços nas unidades de saúde e a socialização sobre os medicamentos disponíveis. Por fim, para o último Eixo, Ciências, tecnologia e inovação no SUS, a Região Norte propôs a implementação da Política Distrital de Práticas Integrativas de Saúde e de ações para o fortalecimento da Farmácia Viva.

Cabe ressaltar que a Região Leste registrou uma moção de repúdio à Coordenação de Atenção Primária à Saúde, à época Subsecretaria de Atenção Primária, referente a não priorização da expansão da cobertura de APS na Região para o ano de 2015, segundo a apresentação realizada pela Subsecretaria em reunião do CSDF. No planejamento apresentado pela gestão, a conversão do modelo de atenção aconteceria de forma gradual, inclusive com regiões prioritárias. Enquanto isso, as Regiões Sudoeste e Oeste repudiaram questões relativas à terceirização da gestão da saúde no Distrito Federal e a Região Norte registrou uma moção de repúdio ao Governo Federal sobre o contingenciamento de recursos do Fundo Nacional de Saúde para o financiamento da APS.

As propostas aprovadas nas Conferências Regionais de Saúde foram levadas à 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, de acordo com a mesma lógica de eixos das Conferências Regionais. Então, foram aprovadas 40 propostas na Conferência Distrital para o encaminhamento à 15ª Conferência Nacional de Saúde, além de 7 moções deliberadas e aprovadas pelo pleno.

No Eixo I, do Direito à Saúde, as propostas diretamente ligadas ao escopo da APS foram: a Atenção Primária à Saúde como a ordenadora do sistema de saúde; o aprimoramento das políticas de atenção básica; a garantia de 80% de cobertura de APS, sem prejuízo da cobertura adequada em outros níveis de atenção ao território e do acesso, com o fortalecimento dos NASF-AB e das comunidades; a garantia de cuidado e assistência farmacêutica; e a capacitação específica em saúde mental para as equipes de APS.

O Eixo III, da Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde, trouxe a perspectiva da garantia e regulação da formação e da inserção de profissionais de saúde, em consonância com as necessidades da população, em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, por meio do estabelecimento de parcerias com instituições de ensino.

O Eixo IV, do Financiamento do SUS e relação público-privada, englobou a priorização do investimento na APS e nas ações de serviços públicos, a descentralização e a regionalização da gestão da atenção e do financiamento da saúde no SUS-DF, implementando a APS como a ordenadora da RAS e a coordenadora do cuidado, com a gestão participativa e a alocação de recursos orçamentários, garantindo a participação e o controle social.

As propostas do Eixo V, da Gestão do SUS e Modelos de Atenção, são as mais concisas em relação à reforma da Atenção Primária à Saúde que estava se desenhando no DF. Estas refletem, inclusive, as diversas discussões realizadas no CSDF. Dentre as sugestões estão: o combate à toda e qualquer forma de terceirização e a rejeição a qualquer proposta de privatização e terceirização da gestão e da atenção à saúde no DF; a otimização de recursos físicos, humanos e financeiros, com a construção e as melhorias das unidades de saúde necessárias, priorizando o fortalecimento da APS; a implementação e a garantia do acesso; a humanização nas unidades de saúde do DF, em especial nas UBS com atenção à demanda espontânea, de forma qualificada e responsável, sem prejuízo às atividades preventivas e de promoção à saúde; a construção de novas UBS, de acordo com as necessidades identificadas

no território, e a redistribuição das equipes, mantendo o dimensionamento adequado de recursos humanos, físicos, equipamentos e insumos, respeitando a PNAB e enfatizando o modelo de atenção com equipe multi e interdisciplinar generalista; e o fortalecimento e a ampliação da APS como a ordenadora da RAS e a principal porta de acesso aos serviços e às ações de saúde, com ênfase na ESF, favorecendo a adesão às linhas de cuidado, bem como às políticas de práticas integrativas, ao NASF-AB, à saúde bucal e à assistência farmacêutica, garantindo a cobertura por ESF do DF de, no mínimo, 80%, priorizando áreas de maior vulnerabilidade.

No Eixo VI, da Educação e da política de comunicação do SUS, a proposta foi de fortalecer e estruturar plenamente a APS como a protagonista no alcance da função social do Estado junto à saúde.

5.1.3 2016

O ano iniciou com um forte debate sobre a operacionalização da reforma da Atenção Primária à Saúde. Foram destacados como pontos-chave para a execução do planejamento: a falta de infraestrutura, a (des)qualificação de profissionais e o orçamento. Por isso, o representante da gestão, o então Secretário de Saúde, solicitou o apoio do CSDF.

Um ponto crucial no debate relacionado aos recursos humanos refere-se às gratificações recebidas pelos servidores do GDF. Foi exposto que os profissionais lotados na AB transitam em 2 tipos de estrutura e as gratificações são totalmente incongruentes. Além disso, ainda há arranjos diferentes no processo de trabalho das eSF nas regiões de saúde e atendimentos de especialidades “misturadas” ao atendimento na atenção primária.

Verificou-se que a organização e o funcionamento da AB no DF aconteceram de formas diferentes em suas regiões de saúde. Há relatos de fechamento de centro de saúde em detrimento de abertura de UPA e fechamento de outros centros, movimentando-se em direção

contrária ao caminho que se apontava em alguns lugares, no tempo em que outros a AB estava sendo a porta de entrada para o serviço de saúde.

Além disso, outro ponto discutido neste ano permeava a precariedade do atendimento nas unidades de saúde, que segundo o CSDF, o GDF priorizou o atendimento em urgência e emergência, ocasionando problemas de atendimento nos centros de saúde.

O CSDF observou uma oportunidade, no bojo da discussão sobre a APS, de aproximar os CRS-DF para potencializar o trabalho conjunto, embora não tenha havido em nenhum outro momento, debate ou encaminhamento que os envolvesse.

Foi apresentada e aprovada a proposta de resolução para que fosse criada a Comissão Permanente de Atenção Primária à Saúde, cuja base fundamental seria a Câmara Técnica sobre APS, composta principalmente por pessoas da gestão da SES-DF, para definição do plano estratégico de Atenção Primária a ser construído por pessoas com competência técnica reconhecida, debatido com a sociedade civil, com o Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) e com o MPDFT, e apresentado na Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF) para sua transformação em um projeto de lei.

Alguns pontos sempre estiveram presentes nas discussões, como a questão do orçamento, que segundo a SES-DF, há requisitos que impossibilitam a utilização como o incentivo federal à implantação de estratégias em fortalecimento da Saúde da Família, bem como não é suficiente e a contrapartida é muito alta. Com isso, percebe-se a dificuldade da gestão dos recursos de Saúde frente à organização administrativa do DF, o qual acumula obrigações de Estado e Município. Esta é uma questão que, frequentemente, se discute, entretanto, culmina, na maioria das vezes, na justificativa de insuficiência ou impossibilidade de utilização do recurso federal.

Foi apresentada, então, a criação de um plano estratégico pela gestão em atendimento às necessidades apontadas pelo pleno, bem como a discussão do plano de APS para o DF, cujo assunto poderia ser agregado ao Plano Distrital de Saúde.

Como resultado dessa discussão, foi realizada uma reunião ordinária do CSDF na CLDF sobre o projeto Saúde em Movimento. Destacam-se três itens principais do Projeto: (1) a organização da Atenção Primária à Saúde para torná-la resolutiva; (2) a organização da rede de urgência e emergência efetiva 24 horas; e (3) a infraestrutura de serviços. Um conselheiro, representando a gestão, apresentou os problemas observados relacionados ao atendimento público de saúde do DF e o cenário desejado para APS no DF, junto às ações necessárias para o alcance das metas pretendidas. Em discussão entre os conselheiros, foram mencionados pontos importantes que justificariam esse movimento: a insuficiência de recursos; o modelo assistencial fragmentado ineficiente e a confusão entre atenção primária e prevenção primária.

Em síntese, os pilares para dar conta deste gargalo, segundo a Comissão de Atenção Primária à Saúde que apresentou o Projeto, seriam: a eficiência operacional a partir da tecnologia da informação; a reestruturação dos processos de gestão do trabalho e o aprimoramento dos processos de gestão de pessoas; o alcance das metas propostas; e os recursos humanos e orçamentários, de infraestrutura física e logística, entre outros. Entretanto, houve várias críticas relacionadas ao cenário apresentado, à proposta de resolução dos problemas. Houve, ainda, referências aos profissionais da AB, como os ACS, os enfermeiros de saúde da família e os técnicos administrativos.

Não há detalhes dessa apresentação, mas infere-se que foi considerado outro tipo de gestão como solução, devido ao fato de ter registro sobre a necessidade de garantir um modelo estruturante 100% público, e que o foco da discussão fosse a assistência.

Então, foi encaminhada ao plenário a necessidade de apresentação do dimensionamento de recursos humanos e reforçado que, em relação às Organizações Sociais

(OS), o pleno não poderia proibir o debate, mas que o posicionamento do CSDF é de garantir o SUS 100% público.

Atendendo às solicitações, foi realizada uma exposição técnica sobre o dimensionamento da APS pelo conselheiro representante da gestão. Não há registros sobre o teor da discussão, mas, pelo citado, infere-se que houve um descontentamento com o teor do que foi apresentado. As críticas envolveram o orçamento e os recursos disponíveis, o processo de trabalho das equipes com agenda aberta para o atendimento à demanda espontânea, a fragilidade dos dados obtidos e apresentados e o dimensionamento muito amplo.

Na ocasião, o conselheiro representante dos profissionais fez alguns apontamentos importantes: o plano não estava sendo apreciado por completo, cujo objetivo é o de organizar a rede assistencial em saúde de modo à adequação ao que existe de moderno; reforçou a discussão sobre a qualificação profissional por meio da FEPECS, haja vista a necessidade de ter especialistas em atenção primária na RAS; e a providência de infraestrutura, dimensionamento e financiamento realistas.

Posteriormente, foi realizada uma apresentação pelos conselheiros do segmento dos profissionais ao pleno que deliberou sobre a proposta de Comissão de Reforma do Modelo Assistencial/ Gestão da APS. Pauta esta exaustivamente discutida em duas reuniões do pleno em setembro e outubro de 2016. Não há detalhes sobre o seu teor, mas citam que ocorreu uma descrição sumária do trabalho feito, apresentação de perfil epidemiológico e propostas para a ampliação de APS dedicada à população.

Dos pontos alavancados nessa discussão, e passíveis de entendimento por meio dos registros, não ficou claro o impacto na assistência à saúde. Os conselheiros rememoraram o parecer do Tribunal de Contas da União (TCU), o qual afirma que apenas a reforma na Atenção Primária à Saúde não vai resolver o problema do sistema de saúde do DF e que os

outros níveis atenção à saúde têm que ser considerados e claramente definidos na própria reforma da APS.

O debate acerca dos profissionais de saúde abarcou questões para além do dimensionamento, envolvendo indagações importantes referentes à gratificação, ao absentismo, à motivação, à infraestrutura e ao processo de trabalho. Cabe apontar, ainda, que houve apontamentos sobre a estabilidade profissional, a inclusão no texto sobre a atuação dos NASF-AB, dos farmacêuticos e da equipe de saúde bucal junto às eSF, fortalecendo o trabalho multiprofissional. Tratou-se, ainda, da necessidade de se trabalhar informações epidemiológicas para servir como instrumento clínico e propiciar registros de dados de avaliações, diagnósticos, objetivos, acompanhamento e resultados dos tratamentos.

Alguns dos temas já aprovados no pleno e que estariam contemplados no Projeto da SES-DF versam sobre:

- Contrariedade de gestão de OS na Atenção Primária.
- Identificação dos indicadores de Saúde e dos determinantes sociais de cada RA.
- Identificação e caracterização dos vazios assistenciais e cognitivos.
- Implementação de Núcleos de Saúde Ocupacional para proteger e resgatar a saúde do trabalhador.
- Ampliação do número de equipes na APS.
- Movimentação dos recursos humanos para a APS, emergências hospitalares e UPAs.
- Composição das instituições de ensino superior e técnico na rede de serviços da educação continuada.

Deste modo, a discussão culminou na Resolução CSDF nº 464, de 12 de julho de 2016, que aprovou, por unanimidade, a criação e a constituição, em caráter temporário, da

Comissão de Reforma do Modelo Assistencial/ Gestão da Atenção Primária à Saúde do DF, com os membros qualificados na Resolução.

Ainda no mesmo período foi dada continuidade à discussão acerca da minuta da Resolução nº 465, a qual trataria das prioridades e das responsabilidades da ESF no reordenamento do modelo assistencial de saúde do DF.

Os conselheiros destacaram a necessidade de afirmar na referida Resolução a proposta de que a gestão e a assistência da APS devem ser 100% públicas, aspecto estabelecido na 9ª Conferência de Saúde do DF, que remeteu à oferta de serviços públicos, uma vez que o termo exposto na minuta abarcava um entendimento genérico do que seria gestão com propostas alternativas.

O controle de dados sobre a saúde no DF, segundo o representante da gestão, estaria incluído na agenda da SES-DF e que foi criado um grupo de trabalho, por meio de portaria específica, para atender a necessidade de se ter um sistema que articule todos os sistemas de informação. Destaca-se aqui que isto também foi pauta de discussão em 2015 e em outras ocasiões.

O Secretário de Saúde, à época, que participava das reuniões com certa frequência, relatou que a convergência do entendimento entre o CSDF e a SES-DF frente às necessidades do DF era um fato inédito e que a proposta apresentada anteriormente pelo Conselho levou à criação de uma comissão específica, infere-se que foi a câmara técnica, cuja ação resultou em um relatório detalhado, que complementou correta e profundamente o curso que a SES-DF havia tomado, corroborando, assim, com o planejamento do Governo.

O Secretário destacou, ainda, que esse momento era uma oportunidade de levar o controle social para dentro da gestão, haja vista que em governos anteriores o CSDF fazia um trabalho de convencimento junto à SES-DF para que as decisões do pleno fossem acolhidas

pela gestão e que nunca houve tantas pessoas comprometidas com a atenção primária à saúde na gestão.

Foi proposta também a criação de um artigo na minuta da Resolução nº 465 que tratasse da resolubilidade da APS a partir da retaguarda do apoio diagnóstico e do acesso às especialidades, relacionando a problemática do acesso com vistas a implicar os pontos de atenção que ofertam especialidades de forma transparente a quem tem a necessita.

O Secretário, à época, assumiu que a proposta apresentada no plenário já estava em construção pela gestão, amparado na justificativa das decisões passadas do Conselho, bem como no alinhamento de ideias, alegando que o momento era de fortalecimento e tomada de decisões conjuntas.

A necessidade de organização do Fundo de Saúde do Distrito Federal para a utilização de recursos carimbados advindos do Ministério da Saúde sempre apareceu nas discussões do pleno do Conselho e, por isso, foi aprovada a criação de uma estrutura para a aplicação do orçamento e a discussão dos blocos de financiamento que acontecia no âmbito tripartite. Segundo a gestão, o DF destinava 20% do orçamento total da saúde para a APS e que o desafio seria a flexibilidade para a alocação de recurso federal pelos gestores estaduais e municipais.

Nessa discussão foi resgatada a agenda “Saúde em Movimento”, discutida no primeiro semestre. O presidente do CSDF informou, por meio da agenda da reforma da assistência e da gestão, que estariam concluindo a primeira etapa referente à reforma da APS, visando sua resolubilidade, tendo como marcos normativos o relatório da 9ª Conferência de Saúde do DF e as Resoluções nº 395, de 14 de agosto de 2012; nº 445, de 14 de julho de 2015; nº 446, de 14 de julho de 2015; nº 430, de 05 de julho de 2014; e nº 448, de 2015. Restava apenas a estruturação normativa a ser apresentada no plenário referente à questão dos artigos concernentes à UPA e às parcerias público-privadas.

Assim, a Resolução CSDF nº 465, de 04 de outubro de 2016, foi publicada posteriormente determinando:

- A Estratégia de Saúde da Família como prioritária na SES-DF e responsável pelo o reordenamento do modelo assistencial de saúde.
- A providência de instrumentos em tecnologia da informação para a APS pela SES-DF para possibilitar a obtenção de dados acerca dos indicadores de saúde, dos determinantes sociais, da capacidade instalada e dos recursos humanos, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento da gestão da APS a partir de um sistema de monitoramento e avaliação.
- Qualificação das eSF, a partir da conversão gradual das UBS que trabalham no modelo tradicional, e melhorias na infraestrutura, nas instalações, nos equipamentos, nos medicamentos, nos insumos e nos elementos indispensáveis à atividade laboral.
- A otimização da força de trabalho para garantir a ampliação da cobertura da ESF nas regiões de saúde, de acordo com o perfil epidemiológico de cada uma.
- A implementação dos núcleos de saúde ocupacional para os servidores da SES-DF, por região de saúde, para garantir a saúde do trabalhador, com exames periódicos de saúde ocupacional, e para aprimorar a Política de Atenção Integrada de Atenção à Saúde do Servidor Público do DF.
- A garantia do cumprimento da gratificação por condições especiais de trabalho para voltar-se à expansão da cobertura da ESF.
- O reconhecimento do caráter complementar das UPAs na rede de saúde do DF, de forma a justificar a adoção de modelos alternativos de gestão dentro do arcabouço legal existente, com a possibilidade de parceria por

meio de contrato de gestão com entidades especializadas, públicas ou privadas, e instituições de ensino.

- A identificação dos vazios assistenciais na atenção primária à saúde do DF.
- A coordenação pela FEPECS da formação, continuada e permanente, dos profissionais da APS, em parceria com instituições de ensino, mediante Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPE) sob sua supervisão.
- A instituição de uma comissão permanente no CSDF para acompanhar a implementação e a execução dos trabalhos dessa Resolução.

A discussão específica sobre a reforma foi acalorada e com muitas sugestões de alterações da minuta de Resolução. O único registro solicitado de proposta de rejeição a um artigo foi do segmento dos trabalhadores sobre a proibição das OS e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), pois são modelos que acrescentam risco e não se tinha uma boa experiência histórica.

Questões debatidas anteriormente sempre retornavam ao pleno e pelo registro foi possível perceber que os conselheiros encontravam lacunas nas propostas apresentadas. Por fim, a própria aprovação da Resolução foi conturbada e, no final, os artigos mais polêmicos tiveram objeções, principalmente, pelo segmento dos profissionais.

Foi publicada, ainda, a Resolução CSDF nº 472, de 22 de novembro de 2016, que aprova a criação e a constituição, em caráter permanente, da Comissão de Reforma do Modelo Assistencial/ Gestão da APS do DF, cujo plano de trabalho fora definido na Resolução CSDF nº 465, de 04 de outubro de 2016.

5.1.4 2017

Em 14 de fevereiro de 2017, as Portarias SES-DF nº 77 e 78 foram publicadas, estabelecendo, respectivamente, a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e disciplinando o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família.

No registro da ata da primeira reunião do pleno há citação do tratamento destas Portarias, entretanto, não foi possível compreender qual a discussão que permeou este ponto. Além disso, foi apresentada a Programação Anual de Saúde (PAS), realizada conforme auditoria operacional do TCDF dos dados de promoção da alocação e permanência, da formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica, da saúde ocupacional, da infraestrutura, do apoio diagnóstico, dos indicadores e do suporte de tecnologia da informação para a Atenção Básica. No entanto, há registro apenas da aprovação, sem mais informações a respeito.

Foi possível perceber que o CSDF começou a tratar de assuntos a partir da implementação do projeto Brasília Saudável, como a estruturação do diagnóstico por imagem no âmbito da APS, a alocação de profissionais médicos que não optaram por permanecer nos centros de saúde e foram para os serviços de urgência e emergência, a baixa qualificação dos profissionais da APS e a informatização das unidades básicas de saúde.

Foi constatada, também, a preocupação pelo segmento dos usuários em relação à continuidade de programas já estabelecidos em unidades de referência especializada. Frente a esse debate, o conselheiro que representante da gestão frisou que desde o início a SES-DF informou a convivência dos diferentes modelos na APS, uma estratégia sob o foco da saúde da família, mas respeitando a permanência da estratégia especializada, embora o registro nas atas nunca tenha explicitado essa discussão.

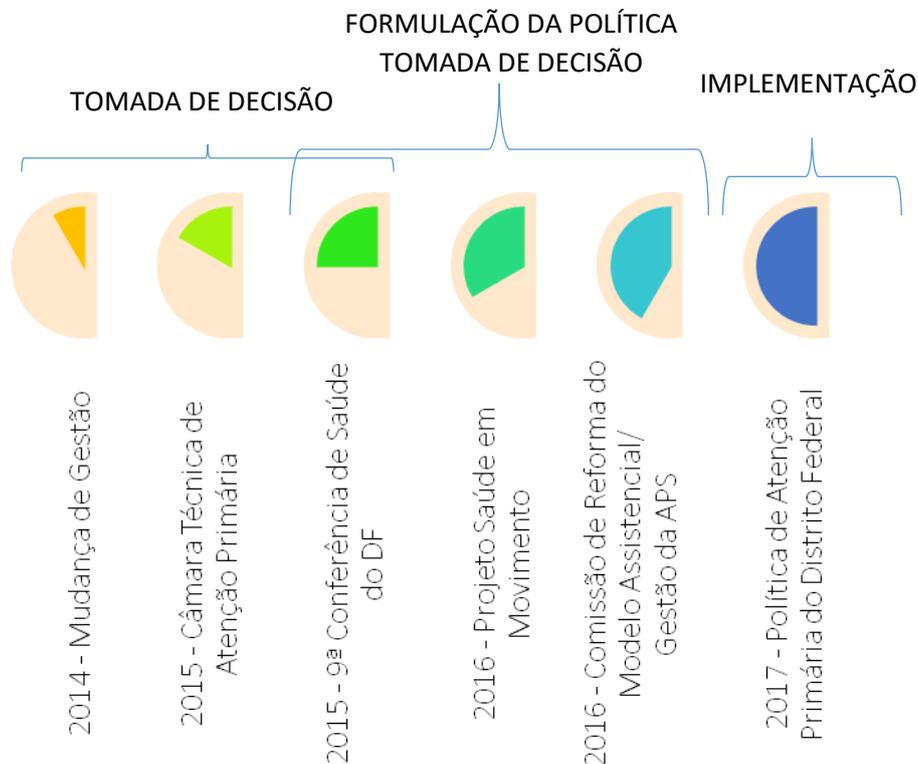
A questão da provisão e da fixação de profissionais na APS sempre permeou como entrave nas discussões do CSDF. Neste ano, há ressalva, por parte de conselheiros, de que a responsabilidade da locação dos servidores na rede deve ser tratada pelo CSDF. Entende-se que, por ser o primeiro ano da reforma, as questões discutidas anteriormente continuam sendo um obstáculo na implementação do Projeto.

Outro ponto que sempre esteve atrelado à discussão da reforma é o da organização da RAS, englobando a urgência e a emergência. Verificou-se uma maior frequência deste assunto nas reuniões e o reflexo de que a conversão da APS não estaria repercutindo direta e imediatamente na sobrecarga dos níveis secundário e terciário, embora fosse cedo para comprovar.

Como forma de propor medidas para o aprimoramento da gestão nas Unidades de Atenção Primária, o CSDF publicou a Resolução nº 488, de 11 de julho de 2017, pontuando diversas medidas para sanar os entraves da rede de urgência e emergência. No que tange à APS, dispôs sobre a estruturação da rede de urgência e emergência, que deve ser organizada a partir do perfil epidemiológico de cada região de saúde, com fluxo de atendimento definido, e que seja ordenada pela APS; a criação dos protocolos de fluxo de atendimento, de acordo com a realidade de cada serviço; e a implantação de linhas de cuidados prioritárias (cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia), melhorando o acesso e a qualidade da assistência à população.

Em síntese, é possível identificar alguns marcos normativos que demonstram o processo da reforma da APS e a implementação da nova Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

Ilustração 6 - Marcos normativos do Conselho de Saúde do Distrito Federal e o processo de implantação da reforma da Atenção Primária à Saúde, 2014 a 2017.



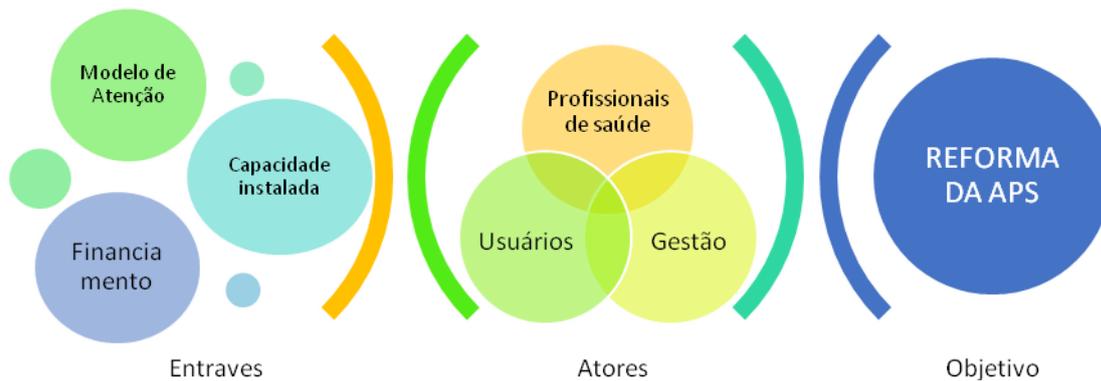
Fonte: De autoria própria, 2019.

Presume-se que o Conselho contribuiu com a montagem da agenda da APS a partir do momento em que passou a discutir a forma de organização da saúde no DF, a qual não mais atendia as necessidades da população. Mesmo discutindo outras pautas, a mudança da APS sempre foi reforçada como necessária para a reestruturação da Saúde no DF. As contribuições na formulação da política passaram a ocorrer assim que a gestão assumiu a decisão de reformar o modelo de atenção à saúde do DF. Durante a implementação do projeto o Conselho já discutia, ainda que timidamente, possíveis ajustes e novas ações para a efetividade da reforma.

É possível perceber que diversos atores estiveram envolvidos e, apesar da gestão ter se mostrado dominante nesse processo, as necessidades partiram também do subsídio do

Conselho, mesmo que em momento consultivo. Destarte, vários agentes políticos (gestão), econômicos (sindicatos) e sociais (usuários) moldaram as ações e desenharam os caminhos para efetivação da reforma, mas em proporções diferentes.

Ilustração 7 - Fases do processo de reforma da Atenção Primária à Saúde.



Fonte: De autoria própria, 2019.

Entender essas relações de poder e a tomada de decisão do CSDF frente ao projeto Brasília Saudável foi possível a partir da força das estruturas intermediárias, no caso o CSDF, que modelam os processos políticos e sociais e mediam a relação entre o Estado e a sociedade. De um lado, havia profissionais extremamente descontentes com as gratificações, a infraestrutura e a sobrecarga no trabalho; de outro, a gestão necessitando organizar seus recursos e a forma de potencializar o cuidado; e, ainda, por outro lado, os usuários organizados pleiteando por melhorias do acesso e pela continuidade na atenção à saúde.

Nesta perspectiva, a institucionalização da participação social não, necessariamente, é o único espaço para fazer saúde. Entretanto, ao considerar que no cerne da análise, a partir do neoinstitucionalismo histórico, as políticas não são formuladas ou implementadas pelos atores políticos em um “vazio institucional”, as regras formais e as práticas informais podem delimitar as escolhas dos atores ou até mesmo condicionar as suas

preferências⁷, ajudando a implementar um projeto que tenha um pano de fundo em comum com todos os envolvidos, ainda que as ações efetivadas possam ser aprovadas com ressalvas.

Outro fator fundamental para a implementação do Projeto diz respeito ao fato das políticas públicas serem afetadas tanto por regras mais gerais quanto por regras específicas de cada política, as quais condicionadas às instituições governamentais, à estrutura do Estado e às normas que orientam as relações entre o Estado e a sociedade⁷. No caso do sistema de saúde do DF, baseado no modelo de atenção em que a APS é prioritária, com foco na ESF, o Projeto precisa seguir as diretrizes do Ministério da Saúde, uma vez que em seu escopo está a utilização da contrapartida federal e a implementação de outras estratégias financiadas pela esfera federal. Logo, a existência do incentivo federal contribuiu para a tomada de decisão da gestão, visto que havia dificuldade de utilização dos recursos em um modelo que priorizava um modelo medicocêntrico especializado e especializante.

Também foi evidenciada, nesse período, a linha tênue existente na discussão sobre o modelo de gestão e o de atenção. Em vários momentos dessa discussão a posição dos atores era diversa, no entanto, corroborado por uma opinião mais ampla, vinda das regiões de saúde, a contrariedade a outros tipos de gestão, conforme o que era sugerido pela então gestão, ganhou destaque e evidência, principalmente a partir da Conferência de Saúde. Cabe destacar a fala do Secretário de Saúde, à época, quando este expôs que os desejos do CSDF e da gestão são semelhantes e, a partir de análises de pleitos anteriores, iniciaram a construção e a implementação do Projeto sem validar anteriormente com o pleno, fazendo isto em ato.

A forma de relação entre o poder do Estado e o da sociedade, bem como os canais e os mecanismos de diálogo entre eles, qual seja o Conselho, indica a fragilidade na tomada de decisão, na formulação e na implementação da agenda do ponto de vista da participação social. Em suma, as vicissitudes que justificaram a reforma sempre estiveram presentes nas discussões do CSDF, embora essa pauta tenha aparecido no momento em que a gestão

apresentou um plano para atendimento às necessidades de há muito constatadas. Ademais, houve divergências estruturantes entre a proposta da gestão e a avaliação do CSDF, bem como momentos de debates intensos para se chegar a um denominador comum.

Pode-se afirmar que a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal foi discutida na instância participativa, embora não tenha sido decidida primeiramente ali, pois o Projeto já estava em andamento e foi sendo adaptado a partir de algumas considerações dos conselheiros.

Cabe ressaltar que as redes de instituições e as organizações podem influenciar na definição dos próprios interesses dos atores no momento em que estabelecem suas responsabilidades institucionais e relações com outros atores, embora a análise sobre a posição dos atores nesse momento não tenha sido foco desta pesquisa. Logo, as posições e as escolhas de um ator podem variar a depender da função desempenhada em uma rede institucional ou organização setorial.

No caso do CSDF, a partir dos registros, não foi possível perceber essa situação de forma evidente, pois *a priori* o que se dá a entender é que o pleito era consenso, porém isso poderia ser diferente caso o Governo insistisse em um modelo de gestão diferente, que não fosse totalmente público.

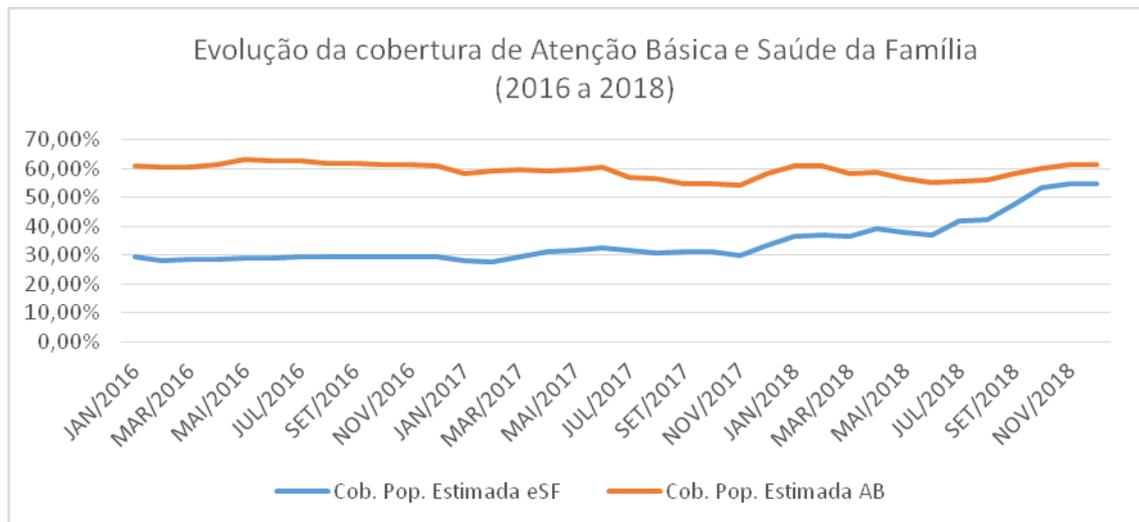
A descentralização dos recursos também foi ponto de discussão de cada região de saúde, considerando que, embora tenha uma estrutura administrativa descentralizada, não há autonomia para as regiões. Esse é um grande desafio que não foi sanado na reforma, mas evidenciou boas práticas e efetividades das ações que já ocorriam em alguns lugares.

Nesta perspectiva, é possível avaliar que as Conferências Regionais de Saúde ajudaram a estabelecer diretrizes para saúde no DF e que a 9ª Conferência Distrital cumpriu o seu papel de pontuar os caminhos para atender as necessidades da população, tanto que o

CSDF rememorava as decisões da Conferência para justificar por diversas vezes o seu posicionamento em assuntos afetos à APS nos anos de 2016 e 2017.

Diante disso, cabe salientar que, após a publicação da Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, a meta de expansão da ESF para 2019, que era de 50%, foi atingida em 2018 (Ilustração 8).

Ilustração 8 - Evolução da cobertura de Atenção Básica e Saúde da Família no DF, 2016 a 2018.



Fonte: De autoria própria, 2019.

Pode-se perceber uma queda no modelo tradicional e posterior encontro entre a implantação da ESF e as equipes de atenção básica, as chamadas tradicionais. No entanto, não é possível realizar avaliação da Estratégia apenas por esse fato.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em uma perspectiva de mudança de governo é esperado que um novo planejamento com vistas a sanar necessidades da população seja efetivado. Não foi diferente no Distrito Federal, onde um novo governo, ao assumir a governança, traçou uma proposta de mudanças estruturantes em diversas pastas.

Para a Saúde, a aposta na reforma da APS mexeu com todos os setores envolvidos e, no caso desse estudo, entender a contribuição do CSDF foi fundamental para compreender como se desenhou esse percurso.

A atuação do Conselho de Saúde do Distrito Federal nas discussões que resultaram na mudança do modelo de atenção à saúde local, mesmo que significativa, foi coadjuvante ao papel governamental.

Ao longo deste estudo, constatou-se a influência direta do Governo na determinação das pautas prioritárias para a reforma proposta, tendo a validação do Conselho durante todo o processo. E esse espaço foi importante para evidenciar impasses históricos que já apareciam na agenda do CSDF.

A perspectiva do neoinstitucionalismo histórico pode demonstrar que a interferência das regras exerceu influência decisiva sobre o agir dos indivíduos e dos grupos envolvidos, uma vez que, do ponto de vista da construção e da validação na política de saúde no SUS, os conselhos têm papel decisório.

Não foram registradas dúvidas sobre a importância e a necessidade de reorganização do serviço no DF, tampouco que o caminho seria pela APS. Entretanto, ainda que tenham existido experiências exitosas na implementação da ESF, a discrepância com a organização de outras regiões que funcionavam no modelo tradicional também era evidente. Logo, as regras formais da institucionalização da participação social corroboraram para respaldar os anseios e as prioridades da SES-DF.

Percebe-se que a estrutura político-administrativa do DF, organizada em estruturas centrais e regiões administrativas na inexistência de municípios, torna a gestão da saúde pouco eficiente em relação ao controle social nas instâncias locais. Ademais, vale considerar também sua posição perante à Ride, que, por diversas vezes apareceu no debate a partir da ânsia de reorganização

A APS foi colocada em voga em outros governos no DF, inclusive com prioridade para a ESF, principalmente no início dos anos 2000, cujas ações se tornaram entraves para consolidação desse mesmo modelo, como a gratificação para os servidores sem nenhuma condicionalidade de resultados. De 2005 a 2008 também houve tentativa de conversão da APS, sem mudanças na organização da SES-DF⁴³ diferente desta proposta do programa Brasília Saudável que abarcou, inclusive, a reestruturação da atenção secundária.

A priorização da APS no SUS buscou responder aos compromissos do sistema de saúde de prover serviços básicos de saúde e outras ações coletivas de forma descentralizada. Construir essa rede pautada na APS continua sendo componente central do projeto da Reforma Sanitária Brasileira⁴⁷ e esta percepção justifica a urgência da reforma da APS no DF. No entanto não há garantia que a forma como ocorreu tenha sido a mais efetiva, considerando impasses detectados em alguns registros no período de implementação do programa.

Percebeu-se por meio da análise do neoinstitucionalismo que o desejo individual ou de grupos específicos, como dos profissionais de saúde que tinham pleito diferente dos usuários, não foram forças relevantes para esta mudança, mas sim a necessidade de atendimento à todas as pautas em prol de um projeto que suprimisse as demandas da maioria, pois do contrário esse movimento não teria logrado sucesso.

Outro ponto que permeia, eventualmente, a discussão é o fortalecimento da participação e controle social no DF. A gestão da SES-DF declarou algumas vezes a

importância e conveniência da aproximação com o Conselho, talvez para conquistar o seu apoio nas reuniões plenárias, o que de todo modo deve ter favorecido o melhor entendimento.

É consenso que a partir da expansão e diversificação da participação social é possível atender a influência dos interesses populares nos espaços decisórios e qualificar os serviços e a política de saúde, porém o estudo mostrou que o potencial dessa participação em algumas situações é maior do que a sua efetividade de fato, pois podemos compreender que a paridade no conselho não é necessariamente efetiva, cabendo refletir e aprofundar a discussão sobre a prática e a institucionalidade do controle social.

Embora o Conselho tenha formulado resoluções e consagrado a reforma, ela não se estabeleceu a partir do pleito do CSDF, mas sim da agenda governamental que já havia sido iniciada. Em que pese a importância dos espaços instituídos, a participação social pode ser detida em um controle social institucionalizado, cuja formalidade na construção de uma política pública de saúde é importante, no entanto, não garante a essência da atenção às necessidades de saúde da população.

Quando o GDF assumiu a mudança do rumo do sistema de saúde, propondo a reforma no modelo de atenção à saúde, criou regras, estruturas, mobilizou recursos e envolveu atores sociais que conferiram institucionalidade à política de APS no DF, aumentando suas chances de continuidade e reduzindo as possibilidades de alterações radicais, uma vez que, no decorrer do tempo, há aumento dos custos de mudança financeira, política e social.

O CSDF corroborou com o pleito, dado que as reivindicações eram realizadas no espaço institucionalizado. Entretanto, nota-se um movimento político externo ao Conselho, que guiou e influenciou a operacionalização da reforma. Em alguns momentos, este foi protagonista da reforma para que ela acontecesse ao molde do que fosse oportuno à gestão.

No DF, o envolvimento e o comprometimento de toda a sociedade e o governo frente ao fortalecimento da saúde pública e gratuita e, conseqüentemente, da APS e do SUS, é

importante para uma possível reorganização em atendimento a consolidação de um controle social que seja pleno e que respeite a necessidade da população, indo além institucionalização da participação social. Índícios sugerem que o modelo de atenção primária realmente mudou devido a este movimento, mas caminhava em compassos distintos entre sua execução e adaptação ao processo de trabalho e cuidado prestado pelos profissionais de saúde.

Há o desafio posto em construir um sistema de saúde universal, público e gratuito no Distrito Federal, começando por empoderar os atores que o envolvem como cidadãos e sujeitos de direito, sejam usuários, trabalhadores, prestadores de serviços ou administradores públicos. Na atual conjuntura, os problemas que persistem no DF e estão claramente colocados como desafio da reforma da APS podem ser agravados devido a mudanças no financiamento, por efeito da Emenda Constitucional EC 95-2016 que estabelece o teto limite para os gastos públicos nos próximos 18 anos, com avanço do setor privado na oferta e predomínio na prestação de serviços em detrimento dos serviços públicos.

O que se percebeu é que após aprovação e tomada de decisão política-administrativa para mudança no sistema de saúde distrital, a discussão do pleito do CSDF não foi interrompida, mas pouco aparece discussão robusta no material estudado. Evidencia-se questões que foram lacunas do processo e apareceram também depois de sua implantação, como os problemas na atenção especializada.

REFERÊNCIAS

1. Padilha MICS, Borenstein MS. O método de pesquisa histórica na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, 2005; 14 (4): 575-84.
2. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
3. Gil, AC. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas; 2008. Utilização de documentos, 152-4.
4. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 1995, 35 (3): 20-9.
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS 20 anos*. Brasília: CONASS; 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Lima LD, Machado CV, Gerassi, CD. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: Mattos RA, Batista, TWF, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015, p. 111-37.
8. Hall PA, Taylor RCR. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*, 2003, (58): 193- 223.
9. Pierson P. *Politics in time: history, institutions and social analysis*. Princeton University Press; 2004.
10. Baptista TWF, Rezende M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015, p. 221-72.
11. Reader S. Ciclo de políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. *Perspectivas em Políticas Públicas*, 2014, 7 (13): 121-46.
12. Rocha R. A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas no Brasil. *Revista Pós Ciências Sociais*, 2009, 6 (11): 41-57.
13. Santos Júnior OA. *Democracia e governo local: dilemas e reforma municipal no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan; 2001.
14. Correia MVCC. Controle social. In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2.ed. rev. ampl.. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 66-73.
15. Correia MVC. Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
16. Silva FCC. Controle Social: reformando a Administração para a sociedade. *Organ. Soc.*, 2002, 9 (24): 115-37.
17. Silva MAA. *O papel do controle social na construção do SUS Ibité/MG*. [Especialização]. Conselheiro Lafaiete: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
18. Moreira MR. Democracia participativa, democracia representativa e conselhos de saúde no contexto da reforma política. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 2008, (43): 15-22.

19. Dytz JLG, Guedes MB. Participação dos conselhos municipais de saúde na formulação das políticas e na gestão dos serviços de saúde. In: Shimizu HE, organizador. *Os desafios da gestão da atenção básica em saúde nos municípios da RIDE-DF*. Brasília: Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2009, p 75-86.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Para entender o controle social na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
21. Van Stralen CJ, Lima AMD, Sobrinho DF, Saraiva LES, Van Stralen TBS, Belisário AS. Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2006, 11 (3): 621-32.
22. Oliveira VC. Comunicação, Controle Público e Participação Popular no sistema Único de Saúde. *Rev Acad Grupo Comum.*, 2004, 1 (2): 1-21.
23. Matuoka RI, Ogata MN. Análise qualitativa dos conselhos locais de atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. *Rev. de APS*, América do Norte, 2010, 13 (4): 396-405.
24. Cohn A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
25. Escorel S. Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 2008, (43): 15-22..
26. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2016-2019. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2016.
27. Poças KC. *Avaliação da atenção primária à saúde no Distrito Federal*. [Tese]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília; 2017.
28. Kashiwakura HK, Gonçalves AO, Silva RMP. Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal. *Saúde Debate*, 2016, 40 (111): 49-62.
29. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2010, 15 Supl.1: 1009-19.
30. Castro ALB. *A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008*. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.
31. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária em Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-626.
32. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad. Saúde Pública*, 2010, 26 (4): 693-705.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de

- Saúde. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. (03 out. 2017); Seção 1, 61-192.
34. Castro ALB. *Atenção Primária e relações público-privadas no Sistema de Saúde do Brasil*. [Tese]. Rio de Janeiro: Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
 35. Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadores. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 43-68.
 36. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; 2002.
 37. Heinmann LS, Mendonça MH. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 481-502.
 38. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 2006, 22 (6): 1171-81.
 39. Shimizu HE, Martins T. O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2014, 18: 1077-87.
 40. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública*, 2002, 18 Supl.: 191-202.
 41. Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2006, 11: 577-606.
 42. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Júnior A, *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no Município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2006, 11: 633-41.
 43. Göttems LBD, Evangelista MSN, Pires MRGM, Silva AFM, Silva PA. 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*, 2009, 25 (6): 1409-19.
 44. Santos FA, Gurgel Júnior GD, Gurgel IGD, Bezerra AFB. A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. *Physis*, 2015, 25 (4): 1079-94.
 45. Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Lei nº 4.604, de 15 de julho de 2011. Dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Governo do Distrito Federal (18 jul. 2011). Seção 1, p. 7-8.
 46. Pereira ME. *O controle social no SUS: análise da capacidade democrática dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal*. [Tese]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília; 2010.

47. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2018, 34 (8): e00056917.