

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
Brasília



**ABRASCO**

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE DA FAMÍLIA- PROFSAÚDE  
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL:**  
Acesso no período pós-conversão para a Estratégia Saúde da Família segundo profissionais e usuários

Valquiria Luiz dos Santos Alves

Brasília  
Julho de 2022

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL:  
Acesso no período pós-conversão para a Estratégia Saúde da Família segundo profissionais e usuários

Valquíria Luiz dos Santos Alves

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz vinculado ao Polo Brasília/Fiocruz apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde

Orientador: Prof. Dr. Swedenberger do Nascimento Barbosa  
Coorientadora: Profa. Dra. Kellen Cristina da Silva Gasque

Brasília

Julho de 2022

Ficha Catalográfica  
Gerência Regional de Brasília  
Escola de Governo Fiocruz Brasília  
Biblioteca de Escola de Governo Fiocruz Brasília

A474a Alves, Valquíria Luiz dos Santos.  
Atenção primária à saúde no Distrito Federal: Acesso no período pós-conversão para a estratégia saúde da família segundo profissionais e usuários. / Valquíria Luiz dos Santos Alves. – Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.  
97 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola de Governo Fiocruz, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE), 2022.

Orientador: Prof. Dr. Swedenberger do Nascimento Barbosa.  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kellen Cristina da Silva Gasque

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégias de Saúde Nacionais. 3. Direito à Saúde. I. Barbosa, Swedenberger do Nascimento. II. Título. III. Fundação Oswaldo Cruz.

CDD 614,2

Catálogo na fonte: Lívia Rodrigues Batista / CRB1 - 3443

**Valquíria Luiz dos Santos Alves**


Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: Acesso no período pós-conversão para a Estratégia Saúde da Família segundo profissionais e usuários.


Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família (Saúde Coletiva).

Aprovado em 25/07/2022.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Swedenberger do Nascimento-Barbosa Orientador - Programa de Saúde da Família – Fiocruz Brasília

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Kellen Cristina da Silva Gasque Coorientadora - Programa de Saúde da Família – Fiocruz Brasília

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Maria Fabiana Damásio Passos – Programa de Saúde da Família – Fiocruz Brasília

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Leila Bernarda Donato Gottems - ESCS/ Universidade Católica de Brasília

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Wagner de Jesus Martins - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

## **Agradecimentos**

São tantos motivos para agradecer...

Devido a emoção, peço perdão se faltou alguém, mas o meu coração está transbordando de alegria e *gratidão*.

Agradeço a Deus pela vida e por suas misericórdias que não tem fim, se renovam a cada manhã.

Agradeço a minha família. Meu esposo amado Isaias Santos uma pessoa sensacional, compreendeu, apoiou e ajudou, desde o início. Meus preciosos filhos Isaque e Daniel, sempre compreensivos, peço perdão por dizer tanto... “outro dia”, “mais tarde” ...

Minha querida mãe Maria Lídia, a senhora é a minha inspiração, obrigada minha querida sogra Maria Helena, Claudenice por ser a minha querida irmã em todos os momentos, familiares, amigos, colegas de trabalho, irmãos na Fé, obrigada pelo apoio e compreensão!

Pessoas especiais serão lembradas sempre! Professora Dra Kellen Gasque, Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional ProfSaúde/Fiocruz- Brasília, pessoa muito querida, obrigada por incentivar-me para continuar! Agradeço a todos os Docentes da turma 3 do ProfSaúde; Fiocruz-Brasília.

Enfermeiro Joaquim Grandão e Livia Batista obrigada pela colaboração!

Obrigada orientador Professor Dr Swedemberger pela paciência, incentivo e disponibilidade.

Agradeço ao SUS pelo investimento na qualificação dos seus profissionais!

*“Sabemos que Deus age em todas as coisas para o bem daqueles que o amam, dos que foram chamados de acordo com o seu propósito.”  
(Romanos 8:28)*

## RESUMO

Este estudo fundamenta-se no avanço da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Distrito Federal (DF), a Atenção Primária à Saúde (APS), como pilar dos sistemas públicos universais de saúde. No Brasil, discussões geradas pela Reforma Sanitária teve como resultado a inclusão na Constituição de 1988 do direito à saúde como “Direito de todos e dever do Estado”. Para efetivação dessa cláusula pétrea, nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), público, universal, integral, com participação social e complementariedade do setor privado em 1990. A construção da ESF e a efetividade da APS como entrada do sistema proporcionou importantes desenhos institucionais aumentando e melhorando os serviços e as ações de saúde numa perspectiva mais ampla de Promoção da Saúde. No Distrito Federal, a recente expansão da APS decorreu da efetivação do Plano de Conversão do Modelo Tradicional para Estratégia Saúde da Família (ESF) e surgiu com a perspectiva de melhorar a saúde e ampliar o acesso nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esta pesquisa teve como objetivo identificar, as mudanças relacionadas à ampliação do acesso no DF, a partir da ESF. Trata-se de um estudo qualitativo-quantitativo, analítico e descritivo, cujos participantes são profissionais de saúde e usuários de duas UBS (Candangolândia e vila Planalto) em duas Regiões de Saúde distintas, Central e Centro-Sul. Os resultados obtidos demonstraram que a ESF tem assumido gradativamente o seu papel de principal componente de acesso da APS. Necessita, portanto, de bases fortalecidas para que se apresente à população de forma mais resolutiva, acolhedora e mais estruturada. A política do acolhimento deve ser fortalecida em toda a dimensão da ESF principalmente no contexto das demandas espontâneas e das pequenas urgências. Os dados levantados permitirão uma análise de maior precisão sobre o novo modelo adotado e deverão ter impacto na elaboração de diretrizes de interesse público para auxiliar a gestão na melhoria do acesso e da assistência no SUS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde. Estratégias de Saúde Nacionais. Sistemas Públicos de Saúde.

## ABSTRACT

This study is based on the advancement of the Family Health Strategy (FHS) in the Federal District (FD), Primary Health Care (PHC), as a pillar of universal public health systems. In Brazil, discussions generated by the Health Reform resulted in the inclusion in the 1988 Constitution of the right to health as "Right of All and Duty of the State". To effect this inviolable clause, the Unified Health System (UHS), public, universal, integral, with social participation and complementarity of the private sector was born in 1990. The construction of the ESF and the effectiveness of PHC as an entry of the system provided important institutional designs increasing and improving health services and actions in a broader perspective of Health Promotion. In the Federal District, the recent expansion of PHC resulted from the implementation of the Traditional Model Conversion Plan for FHS and emerged with the perspective of improving health and expanding access in Basic Health Units (BHU). This research aims to identify the changes related to the expansion of access in the Federal District, from the FHS. This is a qualitative-quantitative, analytical and descriptive study, whose participants are health professionals and users of two UBS Candangolândia and Vila Planalto, in two different Health Regions, Central and Center-South. The results obtained showed that the ESF has gradually assumed its role as the main component of PHC access. Therefore, it needs strengthened bases so that it can present itself to the population in a more resolute, welcoming, and more structured way. The reception policy must be strengthened across the entire FHS dimension, especially in the context of spontaneous demands and small emergencies. The data collected will allow a more accurate analysis of the new model adopted and should have an impact on the development of guidelines of public interest to assist management in improving access and assistance in the SUS.

Keywords: Primary Health Care Primary Health Care. Equity in Access to Health Services. National Health Strategies. Public Health Systems.



## RESUMEN

Este estudio se fundamenta en el avance de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en el Distrito Federal (DF), la Atención Primaria de Salud (APS), como pilar de los sistemas universales de salud pública. En Brasil, las discusiones generadas por la Reforma Sanitaria resultaron en la inclusión en la Constitución de 1988 del derecho a la salud como “Derecho de todos y deber del Estado”. Para implementar esta cláusula sólida, nació el Sistema Único de Salud (SUS), público, universal, integral, con participación social y complementariedad del sector privado en 1990. La construcción del ESF y la efectividad de la APS como entrada en el sistema proporcionó importantes diseños institucionales aumentando y mejorando los servicios y acciones de salud en una perspectiva más amplia de Promoción de la Salud. En el Distrito Federal, la reciente expansión de la APS resultó de la implementación del Plan de Conversión del Modelo Tradicional a la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y surgió con la perspectiva de mejorar la salud y ampliar el acceso a las Unidades Básicas de Salud (UBS). Esta investigación tuvo como objetivo identificar los cambios relacionados con la ampliación del acceso en el DF, a partir de la ESF. Se trata de un estudio cualitativo-cuantitativo, analítico y descriptivo, cuyos participantes son profesionales de la salud y usuarios de dos UBS (Candangolândia y Vila Planalto) en dos Regiones de Salud diferentes, Central y Centro-Sur. Los resultados obtenidos mostraron que la ESF ha ido asumiendo paulatinamente su papel como componente principal del acceso a la APS. Por lo tanto, necesita bases fortalecidas para que pueda presentarse a la población de una manera más resolutiva, acogedora y estructurada. La política de acogida debe ser fortalecida en toda la dimensión de la ESF, especialmente en el contexto de demandas espontáneas y pequeñas emergencias. Los datos recopilados permitirán un análisis más preciso del nuevo modelo adoptado y deberán tener un impacto en el desarrollo de directrices de interés público para ayudar a la gestión a mejorar el acceso y la atención en el SUS.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud. Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud. Estrategias de Salud Nacionales. Sistemas Públicos de Salud.

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CSDF	Conselho de Saúde do Distrito Federal
COVID-19	<i>Corona Vírus Disease-2019</i>
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EEPII	Estado de Emergência Pública de Importância Internacional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência
MS	Ministério da Saúde
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PFS	Programa Família Saudável
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSC	Programa Saúde em Casa
PSF	Programa de Saúde da Família
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Linha do Tempo: Histórico da Saúde no Brasil .....	25
Figura 2 - Linha do tempo: Conferências Nacionais de Saúde. ....	32
Figura 3 - Dimensões de Análise do Acesso .....	35
Figura 4 - Mapa das regiões de saúde do Distrito Federal contendo as Regiões Administrativas. .....	43
Figura 5 - Mapa da Vila Planalto-DF .....	48
Figura 6 - Mapa Região Administrativa Candangolândia-DF.....	49
Figura 7 - Registro das expressões dos profissionais de saúde proferidas com maior frequência .....	74

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da Regiões Administrativas nas sete Regiões de Saúde conforme Decretos nº 37.057/2016 e 38.982/2018.....	40
Tabela 2 - Número e Proporção (%) dos usuários das UBS Candangolândia e Vila Planalto, segundo as características dos dados demográficos. ....	52
Tabela 3 - Características dos profissionais das UBS Candangolândia e Vila Planalto.....	62

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual (%) de usuários que identificaram dificuldades do acesso antes da ESF .....	55
Gráfico 2 - Percentual (%) de usuários que manifestaram as dificuldades no acesso aos Programas na época do Modelo Tradicional .....	56
Gráfico 3 - Percentual (%) de usuários que identificaram melhorias no acesso com novo modelo de atenção no DF.....	58
Gráfico 4 - Grau de dificuldades para acessar os serviços da UBS Candangolândia.....	59
Gráfico 5 - Grau de dificuldades para acessar os serviços da UBS Vila Planalto.....	59
Gráfico 6 - Avaliação do usuário da UBS Candangolândia em relação ao atual modelo de ESF. ....	60
Gráfico 7 - Avaliação do usuário da UBS Vila Planalto em relação ao atual modelo de ESF.	60
Gráfico 8 - Visão do profissional em relação ao ACESSO do usuário aos serviços da UBS Candangolândia .....	64
Gráfico 9 - Opinião do profissional em relação a ampliação do ACESSO a partir do ConverteAPS .....	65
Gráfico 10 - Opinião do profissional em relação ao trabalho na lógica do Acesso Avançado ("Atendimento no mesmo dia").....	69
Gráfico 11 - Opinião do profissional da existência de falhas no processo de trabalho como fator dificultador do acesso .....	71

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
4.1 HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL.....	21
4.2 AVANÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL.....	25
4.3 O ACESSO NO CONTEXTO DA APS.....	33
4.4 SAÚDE PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL.....	39
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>47</b>
5.1 ASPECTOS ÉTICOS .....	49
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>51</b>
6.1 A VISÃO DO USUÁRIO ACERCA DO ACESSO ANTES E APÓS A IMPLANTAÇÃO DA ESF.....	51
6.2 A VISÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE ACERCA DO ACESSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS O CONVERTE .....	61
6.3 SOBRE A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO COM ACESSO AVANÇADO .....	69
<b>7 CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICE A – TCLE para o Paciente .....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE B – TCLE para o Profissional de Saúde .....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE C – Questionário para o Usuário.....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista para o Profissional de Saúde .....</b>	<b>86</b>
<b>Anexo 1 – Parecer substanciado do CEP Fiocruz - Brasília.....</b>	<b>88</b>
<b>Anexo 2 – Carta de anuência do Gestor da Região de Saúde Central.....</b>	<b>92</b>
<b>Anexo 3 – Carta de anuência do Gestor da Região de Saúde Centro-Sul.....</b>	<b>93</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A partir da aprovação, em 1948 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), a Organização das Nações Unidas (ONU) influenciou diversos países a iniciarem os fóruns de debates para a consolidação da Saúde como um direito humano fundamental e universal. O conceito de saúde foi formulado num contexto pós-guerra exatamente quando crimes foram praticados contra a dignidade humana no período da segunda guerra mundial. O mundo carecia de melhoria da qualidade de vida para as pessoas, a saúde passou a ser vista não apenas no contexto da ausência de doenças, sobretudo na abrangência de um estado de completo bem-estar físico, mental e social. A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua de maneira ampla o direito à saúde sob o princípio da dignidade humana e desde então enfatiza que as ações de saúde não podem se restringir apenas ao ambiente hospitalar, no modelo hospitalocêntrico. Ao mesmo tempo, alerta para que as pessoas devam aprender a cuidar de si, de maneira a evitar o adoecimento (BROWN, 2006).

O direito à saúde se dá com a implementação de políticas públicas que favoreçam ao acesso que muito requer do sistema de saúde a capacidade de produzir serviços que atendam às necessidades de atenção à saúde, manifestas e potenciais, individuais e coletivas, em local e tempo oportunos. Considera-se, que o acesso pode ser afetado por obstáculos decorrentes de fatores institucionais, a burocratização do sistema, imposição de regras de funcionamento do sistema de saúde (CONASS, 2009).

A Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários de Saúde (1978) expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, trabalhadores do campo da saúde, do desenvolvimento e da comunidade mundial em promover a saúde de todos os povos do mundo. Sua formulação sobre APS reforça a DUDH refletindo sobre a realidade na qual se realizou a Conferência, confirma que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde. A Declaração previa ainda que o acesso na Atenção Primária deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua participação.

Segundo Giovanella e Mendonça (2009), a APS é o nível de atenção essencial para a vida humana e a provedora do acesso. As autoras afirmam que alguns países europeus foram os primeiros a implantarem os serviços ambulatoriais de acesso universal e integrado, visando a experiência praticada há vários anos na China, porém numa perspectiva da saúde como um

direito humano, de acesso universal sob a responsabilidade do governo. No Brasil na década de 1980, a Atenção Primária, compreendida como serviços de atenção básica, na década de 1980 ainda era seletiva, cujos serviços eram voltados para a população de extrema pobreza. Conceitualmente isto teve uma radical mudança, quando a Constituição de 1988 estabelece de maneira enfática que “Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

Anos depois tem-se testemunhado sobre as mudanças que ocorreram no campo da saúde no Brasil e no mundo. A APS representa acima de tudo com uma abordagem integrada e horizontalizada visando a qualidade e pautada na coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção.

O SUS, idealizado pelo movimento da Reforma Sanitária tem por base as formulações de Alma Ata e de Sistemas Universais europeus, que se desenvolveram logo após a segunda guerra mundial, em especial o NHS do Reino Unido, o sistema público de saúde universal primeiro estruturado após a segunda guerra mundial.

Destaca-se um memorável discurso da Cerimônia de abertura da 8ª CNS, Dr Sergio Arouca, discorreu de forma brilhante o conceito de saúde, em suas palavras a *qualidade de vida* é algo almejado por todos. Ter saúde é o resultado do equilíbrio entre os fatores intrínsecos e extrínsecos, não decorre da falta do diagnóstico de uma doença no corpo, mas depende verdadeiramente do equilíbrio entre o bem-estar físico, da mente, do social, das relações humanas afetivas, da harmonia entre o homem e o meio ambiente, ausência do medo, direitos à cidadania liberdade e a livre opinião.

Atualmente a temática relacionada ao acesso aos serviços de saúde é um assunto de relevância e tem desencadeado importantes discussões nos diferentes contextos da área da saúde e tem empreendido importantes contribuições no campo da pesquisa, para a formulação e implementação das políticas públicas.

A ampliação do acesso é um processo a ser discutido em todos os níveis de atenção, sobretudo na APS exigindo planejamento e estratégias importantes visando a coordenação do cuidado com o emprego dos recursos com maior eficiência, utilização efetiva das tecnologias disponíveis, desenvolvimento de competências na assistência, aperfeiçoamento dos processos de trabalho, e por fim, qualificação do acolhimento no primeiro contato do usuário na rede. (NORONHA; PEREIRA, 2013).

O SUS é o regente da Universalidade da Assistência e do Acesso, ainda que, com todas as suas dificuldades e fragilidades, reportadas desde a sua criação, tem registrado grandes



conquistas e resultados significativos nessas três décadas. Porém ainda há muito a ser feito para a sua completa consolidação em todos os níveis de atenção (PAIM, 2018).

A saúde pública no Brasil, especificamente no âmbito da APS, durante décadas tem construído inúmeros capítulos de sua história num contexto de lutas em busca de melhores condições da assistência e pela equidade do acesso.

As dificuldades no acesso que na prática são chamadas barreiras de acesso, podem repercutir negativamente no curso da vida das pessoas. Discutir sobre esse assunto é bastante desafiador, pois trata-se de um direito vital dos cidadãos brasileiros assegurado pela Constituição Federal há mais de 30 anos e que, infelizmente ainda não alcançou níveis satisfatórios de cobertura populacional.

A Universalidade da assistência é considerada como um dos princípios de maior relevância e requer do sistema de saúde a expansão da cobertura populacional priorizando os territórios de maior índice de vulnerabilidade e com menor distribuição de renda. Contudo, se faz necessário a formulação de políticas públicas baseadas na necessidade da população para melhor dimensionar a oferta visando o menor tempo de espera.

Para Giovanella (2009), os serviços de atenção primária exercem um papel fundamental para a comunidade, nos quais as equipes de saúde devem trabalhar as questões de maior relevância para o território e a assistência deverá ser centrada na família com o desenvolvimento de competências para a compreensão dos aspectos culturais daquela comunidade. Seguindo esta lógica, as equipes devem trabalhar para a criação de vinculação com a comunidade e adentrar ao território para fazer o reconhecimento dele. Da mesma maneira que se espera um acesso facilitado à comunidade é recíproco a expectativa do usuário ao adentrar ao sistema no momento de sua necessidade.

Na prática, não é difícil constatar as mais diversas situações impedoras do acesso. É bem certo que os níveis de atenção possuem um acúmulo de pendências que se desdobram na ineficiência na entrega das ofertas que deveriam ocorrer de maneira eficaz e oportuna. Essas falhas podem estar relacionadas à ineficiência dos investimentos dos recursos financeiros e das ofertas com base nas demandas, ou até mesmo à falta do mapeamento das necessidades do território que certamente auxiliaria no planejamento e na elaboração de estratégias para fins de melhorar o acesso (VIEGAS et al., 2015).

O direito universal à saúde e o acesso devem ser garantidos por meio da equidade, buscando-se alcançar a igualdade. A Equidade é um dos princípios de natureza relevante do SUS, exercendo um importante papel estratégico para a garantia dos demais princípios. Ela consiste no correto gerenciamento dos recursos e das ofertas visando priorizar os que mais

necessitam sem desconsiderar aos demais, e desta forma assistir os desiguais de forma diferenciada com a perspectiva que todos sejam justamente atendidos e tenham o mesmo direito. Este princípio preza pelo julgamento justo das demandas e na entrega das respostas em tempo oportuno e com maior resolutividade. Contudo, a condição de saúde da pessoa deverá ser considerada como fator primordial para este julgamento e certamente determinará o caminho a ser percorrido entre os demais níveis de atenção.

A partir do momento em que a Saúde foi constituída como direito ao cidadão brasileiro, o acesso passa a ser um elemento fundamental e legítimo na vida das pessoas, este direito é validado a partir do primeiro contato com o sistema de saúde. Este primeiro contato deverá ser retratado pelo usuário como uma experiência acolhedora e o desejável é que deste, se construa uma relação de confiança com a equipe na Unidade Básica de Saúde (UBS), preferencialmente a que estiver mais próxima de sua residência.

De acordo com Jacques e Leal (2017), o local de moradia das pessoas representa o nível em que se relaciona os fatores comportamentais e os mais diversos estilos de vida, dos quais necessitam das políticas públicas, redes de apoio com o alcance da maioria da população e prioridade aos grupos em situação de maior vulnerabilidade.

As boas condições de saúde das pessoas estão relacionadas diretamente às suas condições de vida. Os fatores externos, como o meio onde vivem, as condições sanitárias como poluentes do ar, da água, tratamento do esgoto e destinação do lixo, infraestrutura comunitária, são alguns dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) que possuem uma sólida relação entre saúde e as condições favoráveis para o adoecimento. Neste contexto, os fatores econômicos, étnicos e os costumes, ao longo dos anos contribuem para a construção da identidade de uma coletividade.

A atuação da ESF exerce bem o papel de atender as pessoas o mais próximo possível ao local de sua residência e quando necessário, visitas domiciliares. Para além dos procedimentos e consultas realizadas, as ações de promoção à saúde merecem um grande destaque. A partir destas atividades, o usuário tem a oportunidade de ser instruído para a prática do autocuidado tornando-o um sujeito participativo e com autonomia.

A APS é regulamentada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) recentemente reformulada por meio da portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Nesta reformulação foram incorporados novos conceitos, ampliadas novas frentes de atuação para as equipes, assim como a assistência de populações vulneráveis e outras questões relacionadas ao financiamento das ações. Quanto a reorganização das ações, a PNAB categoriza as responsabilidades de cada esfera do governo, especifica as atribuições das equipes de saúde, na

qual destina a elas a responsabilidade sanitária pela população e pelo território adscrito. As atividades setoriais também foram tratadas e incluídas no texto como parte da estruturação do processo de trabalho para fins de melhorar o acesso aos serviços de saúde (PNAB, 2017).

Historicamente instituições de pesquisa da área da saúde publicam importantes pesquisas em defesa ao acesso universal, igualitário e equitativo. Essas pesquisas divulgam bases metodológicas que podem auxiliar os gestores na formulação de estratégias e para o planejamento das ações nos diferentes níveis de atenção. Acredita-se que avanço da cobertura da atenção primária à saúde ao longo dos anos tenha melhorado os índices das condições de saúde da população e do padrão da qualidade dos serviços, principalmente no que diz respeito às questões relacionadas ao acesso.

Ao longo dos anos o Brasil tem avançado na expansão da ESF, porém menor do que o desejável. Na última década tem-se observado uma ascensão na implantação de equipes de ESF (eSF) em alguns estados como Rio de Janeiro e no DF, sendo que especificamente no DF este aumento se deu com maior expressividade nos últimos quatro anos.

No DF a partir de 2016, ocorreu uma grande movimentação, conhecida como a virada de chave para a mudança do modelo de Atenção Tradicional para o de ESF, o ConverteAPS, política de expansão da APS, nas Regiões de Saúde. Iniciava o processo de mudança para os novos padrões guiados pelas portarias SESDF-77 e 78/2017, que orientaram todo o processo de conversão estabelecendo normas, parâmetros e instruções de classificação das UBS, instituindo novos horários de funcionamento, sensibilização e capacitação dos profissionais (médicos e enfermeiros) à proposta.

A partir de dezembro de 2019, o mundo experimentou um ineditismo na história, a Síndrome Respiratória Grave causada pelo novo Coronavírus (Sars-cov-2), que tem desafiado a ciência, gerando grandes preocupações em toda população mundial. Logo em março de 2020 a OMS decretou o Estado de Emergência Pública de Importância Internacional (EEPII), caracterizada como uma pandemia.

Neste contexto diversos setores da saúde foram prejudicados, sendo as ações de prevenção e controles às doenças crônicas e das doenças preveníveis interrompidas. Adentrar as unidades de saúde neste contexto representava uma possibilidade grande de contrair e disseminar o vírus da covid-19 (SOEIRO RE et al., 2021).

Constatamos aqui que o acesso passou a ser restrito e representou um acúmulo de problemas futuros como a interrupção dos controles dos das pessoas com doenças crônicas, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, seguimento das ações de controle e prevenção ao câncer de mama e de útero e outras. Mais de um ano se passou e o cenário da

pandemia atualmente ainda é incerto e ao mesmo tempo desafiador para a ciência e para os profissionais de saúde que trabalham na assistência direta ao usuário.

Com o advento da pandemia causada pela COVID-19 acredita-se que a grande parte dos problemas da saúde pública tenha sido potencializado. A APS corroborou com o seu papel acolhedor e manteve-se operante como porta de entrada preferencial para os atendimentos das atividades essenciais e dos sintomáticos respiratórios. Devido a peculiaridade da doença com alta capacidade de transmissibilidade observou-se um potencial de maior gravidade para determinados grupos de pessoas, como pessoas obesas, hipertensos, diabéticos, pessoas idosas entre outras comorbidades (MARTELLETO et al., 2021). A partir desta constatação foram montadas frentes de trabalho com adoção de medidas que acolhessem o usuário na forma inicial da doença evitando assim o colapso das unidades hospitalares.

Apesar da pandemia, desdobramentos e esforços coletivos por parte dos gestores e profissionais da saúde, eram necessários para que ao mesmo tempo que produzia respostas rápidas para demandas urgentes, pensasse em soluções para o declínio do monitoramento de metas importantes dos indicadores de desempenho das ações, como os de cobertura populacional, prevalência e cura de doenças transmissíveis e preveníveis, mortalidade, morbidade, internações hospitalares e outros de igual importância.

Isto posto, esse estudo foi delimitado na perspectiva de responde a seguinte questão: qual é a percepção dos usuários e dos profissionais em relação ao acesso aos serviços de saúde após o processo de conversão dos antigos Centros de Saúde para a ESF?

Desenvolver esta pesquisa foi desafiador e complexo, sobretudo devido às limitações mencionadas devido ao avanço da pandemia no Brasil e no mundo. No entanto, há, uma grande expectativa que este trabalho possa contribuir com os gestores e servidores das UBS auxiliando na identificação dos problemas que provavelmente perdurou após a conversão, lembrando sempre do objetivo fim de melhor atender ao usuário do SUS.

## 2 JUSTIFICATIVA

A motivação para a escolha do tema surgiu a partir da observação da autora sobre os relatos dos usuários na busca de atendimento na UBS. O setor do Acolhimento à Demanda Espontânea é o espaço em que os usuários são ouvidos e a partir destas escutas suscitou o desejo de conhecer e analisar como se dá o acesso aos serviços de saúde nas UBS que passaram pelo processo de conversão.

Recentemente o DF executou uma das mais desafiadoras missões na reestruturação da APS. As bases do processo de conversão foram pensadas a partir de 2016, quando foi implantada a Regionalização da Saúde no âmbito da SES-DF. Esta política consistia em melhorar a qualidade do atendimento na rede pública, aumentar a eficiência na entrega das ofertas e conceder maior autonomia ao gestor local para a solução dos problemas e nas tomadas de decisões. Esse planejamento consistiu na criação das sete regiões de saúde com suas respectivas superintendências: Central, Centro-Sul, Sul, Norte, Sudoeste, Oeste e Leste.

Em junho de 2016, ocorreu o lançamento do projeto Brasília Saudável pelo Governo do DF (GDF), consistindo no fortalecimento da APS visando a expansão ESF, com proposta inicial compreendia de elevação do percentual de cobertura, considerada uma das menores do país passando de 30,5% para 62%. Este projeto aspirava reorganizar os recursos humanos, qualificação técnica dos profissionais, capacitação dos agentes comunitários de saúde e melhorar os processos de trabalho das UBS (BRASIL. DISTRITO FEDERAL, 2016).

O ConverteAPS é resultante deste processo e tem por meta universalizar a APS com a ESF como porta de entrada e de resultados para uma melhor atenção à população do DF. Uma das consequências deve ser, portanto, uma mudança significativa no acesso e na cobertura populacional a ser alcançada.

Esta pesquisa ocorreu no âmbito da APS e teve seu início no primeiro semestre de 2022, período da vigência da pandemia causada pela COVID-19 e conforme a OMS ainda com o predomínio do Coronavírus (Alfa, Delta, Gama, Ômicron, Zeta e outras). Na sua execução buscou-se a identificação dos fatores críticos para o acesso à APS segundo a perspectiva dos profissionais e usuários, no período pós conversão das UBS para a ESF.

Espera-se, com este trabalho, possa contribuir com a APS para a identificação de problemas relacionados a baixa qualidade do acesso no período pós conversão nas Unidades Básicas de Saúde de duas Regiões do Distrito Federal, Centro-Sul e Central.

Ao concluir este estudo, como produto técnico desse mestrado profissional, há uma expectativa de que os resultados possam ser disponibilizados para os gestores e para os

profissionais de saúde da rede de atenção em saúde do SUS e em especial das UBS que tiveram participação nesta pesquisa, de modo a colaborar na elaboração de diretrizes para a organização e aprimoramento do processo de trabalho nas UBS. Espera-se que tais melhorias repercutam positivamente na assistência e na ampliação do acesso da população no âmbito da APS no DF.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender os fatores críticos para o acesso à APS segundo a perspectiva dos profissionais e usuários, no período pós-conversão para a ESF em duas UBS das Regiões de Saúde Central e Centro-Sul.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Apontar quais os aspectos que poderiam ser mais relevantes para facilitar o acesso aos serviços de saúde.
2. Conhecer a organização atual do acesso nas unidades, segundo os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem).
3. Investigar se houve ampliação do acesso a partir da implantação do ConverteAPS.
4. Recomendar para a Secretaria de Saúde do DF, melhorias no acesso às UBS, com base nos resultados obtidos.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

De acordo com o contexto histórico das políticas de saúde no Brasil, os primeiros 300 anos (1500 a 1800) foram marcados pela grande exploração nas riquezas naturais da terra, gerando uma grande necessidade de políticas para a organização do Estado e de instituições públicas. Neste período, não existiam políticas sociais e estruturas de assistência à saúde para a coletividade no Brasil. Nesta situação específica as pessoas recorriam aos núcleos familiares e às instituições de caridade. Posteriormente, ainda no período da Monarquia não existia uma estrutura para a atenção à saúde da população. Como a história conta, a partir da Proclamação da República em 1889 iniciava-se uma nova era na história política do país. Houve a consolidação e o fortalecimento da economia da burguesia cafeeira, sendo a oportunidade de recuperar o tempo perdido e avançar na modernização do país, uma vez que no país havia muitas pessoas não alfabetizadas e doentes carecendo de ações de controle às doenças e de saneamento urbano (KUSCHINIR; FAUSTO, 2014). Assim é possível imaginar a precariedade da saúde e o avanço das doenças em todo o território nacional.

De acordo com registros extraídos da Casa de Oswaldo Cruz (1995), havia o entendimento de que a saúde era um problema vital, porém ainda não havia bases legais do direito a ser garantido, não representando uma preocupação para o Estado. A primeira missão pensada reduzia-se a implantação de ações de controle às epidemias que vigoravam na época. Nesse momento nascia o primeiro movimento de reforma da saúde pública na Primeira República que foi marcado pela gestão do médico sanitarista brasileiro Oswaldo Cruz que defendia o saneamento e principalmente o combate das endemias de febre amarela, peste e varíola. Contudo, o sanitarista não foi muito bem compreendido pela população, tornando -se alvo de discussões e muita crítica sobre as ações sanitárias e de vacinação, culminando num movimento popular conhecido com a “Revolta da Vacina”.

Em 1923 foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões para algumas organizações trabalhistas da época, como os ferroviários e os marítimos, operários da economia ligada à produção. Anos mais tarde, em 1933 foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões para as diversas categorias profissionais, contudo os valores dos benefícios não eram uniformes, com contribuição variando de acordo com a capacidade financeira de cada categoria. As desigualdades sociais entre os trabalhadores prevaleciam na assistência e na vida das pessoas. Nesta época aqueles que não se inseriam na medicina preventiva e na assistência à



saúde por meio dos institutos ficavam à mercê das casas de caridade (KUSCHINIR; FAUSTO, 2014).

Segundo Brown (2006), no contexto internacional nascia a OMS em 1948 num momento pós-guerra com vários representantes de países europeus e dos Estados Unidos, defendendo uma proposta de inovar as questões relacionadas à saúde. Nesta perspectiva, elaborou-se o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e a partir desta convenção houve uma grande revolução no setor da saúde no contexto mundial.

Anos mais tarde no Brasil, estava sendo reformulada a estrutura que assumiria todo o comando da saúde no Brasil. Esta nova estrutura veio a ser instituída no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que resultou na reestrutura do Ministério da Educação e Saúde, separado em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura.

A Saúde Pública no país precisava avançar, pois a população estava há muitos anos sem acesso aos serviços de saúde, uma vez que a assistência hospitalar se tornava cada vez mais onerosa e inacessível para a maioria.

Até o final dos anos 60, predominou no Brasil o modelo sanitário campanhista que combatia a doença em massa com estilo repressivo, nesta época o capitalismo de exportação avançava no país, contudo emergia a necessidade de atuar sobre o corpo do trabalhador, restaurando a sua capacidade de produção. O surgimento do INAMPS ocorreu na segunda metade da década de 70, representando a consolidação da mudança das práticas sanitária hegemônicas, com a prestação de serviços médicos individualizado do modelo médico-assistencial privatista (MENDES, 1993).

A história da Saúde Pública do Brasil foi marcada por muitas lutas, exploração do interesse público, mas também grandes conquistas, além do avanço na criação dos órgãos institucionais que ao longo dos anos tiveram uma grande representatividade para a saúde pública. Outros acontecimentos importantes também foram surgindo, como as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) que são fóruns de discussões de caráter privilegiado, representando um marco expressivo de lutas e conquistas para o acesso gratuito à saúde para toda população brasileira com participação paritária e representatividade dos diferentes segmentos das classes gestora, trabalhadora e de usuários.

Somente a partir da Terceira CNS (1963) fortaleceu o processo de discussão acerca da situação sanitária do país com a distribuição das responsabilidades sanitárias entre as três esferas do governo, bem como a municipalização da saúde. A partir daí, os estados e municípios passaram a ter participação no planejamento e no controle das questões relacionadas aos gastos e investimentos no setor saúde. Este modelo de repartir

responsabilidades numa visão federativa de colaboração entre os entes nacional e subnacionais, se fortaleceria por ocasião da constituição do SUS e sua formatação ocorrida na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2009).

No início da década de 1970, o país passaria por uma crise política e econômica, sendo uma importante oportunidade que significou o fortalecimento do “movimento sanitário”, estabelecendo suas bases de apoio em instituições acadêmicas. Com o aumento da população assalariada novas categorias profissionais foram incorporadas ao sistema, como os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos, ocasionando o aumento da procura pelos serviços de saúde. Neste contexto foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1977, ampliando o direito e o acesso aos serviços de saúde, restrito somente para as pessoas que tinham vínculo empregatício com carteiras de trabalho assinadas ou aqueles que pagavam carnês de contribuição previdenciária.

Neste período ainda não se observa a existência de políticas que sustentassem o acesso aos serviços básicos de saúde como uma estratégia de alcance da grande massa populacional em maior vulnerabilidade, tão pouco para a população da zona rural, mantendo a dependência das instituições de caridade.

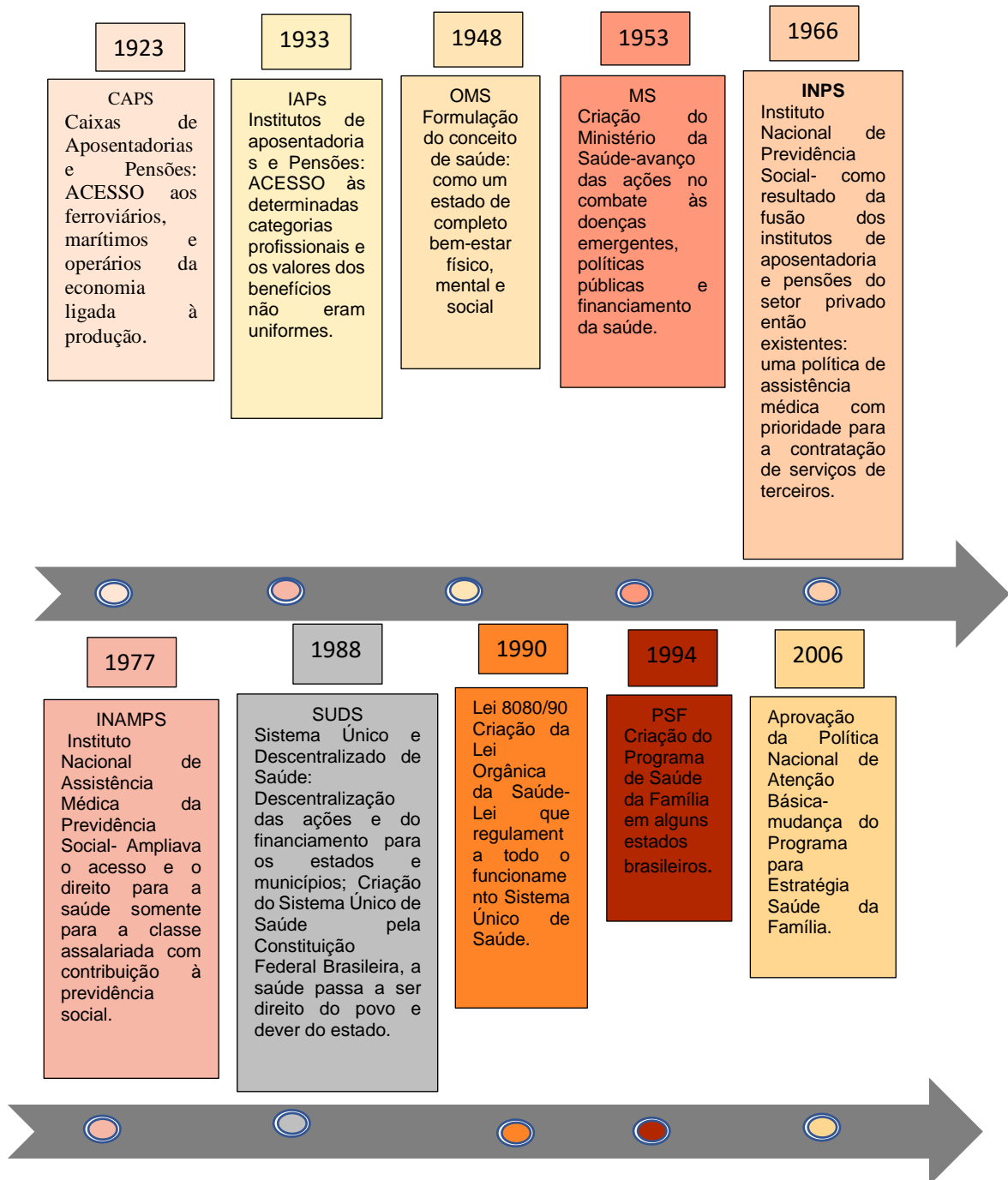
Observa-se nos registros uma grande escassez de serviços gratuitos e o aumento na prevalência de doenças com alta complexidade e dificuldade de manejo clínico, pois a maioria da população não tinha acesso aos serviços de saúde nesta época e os que existiam eram cada vez mais restritos. As doenças avançavam pelo país e a mortalidade infantil era uma das principais doenças prevalentes nas regiões mais pobres, assim como o surgimento das doenças crônicas sem o devido controle.

Em 1975, foi realizada a 5ª CNS que tratava da instituição da linha de cuidado da saúde materno-infantil, criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e Controle das Grandes Endemias. A partir desta fase novas políticas de saúde passaram a ser instituídas com a perspectiva de reduzir a mortalidade materno -infantil e estabelecer o controle dos agravos e das doenças no país (BRASIL, 2009).

Um ano mais tarde, em 1976, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde-(CEBES) marcado pela história de um movimento estudantil articulador e difusor de ideias reformistas para a saúde. Os professores e profissionais de saúde promoveram debates em torno da temática dos determinantes sociais, econômicos e políticos da estrutura de saúde e práticas de saúde. “A questão democrática na área da saúde” foi tema central no I Simpósio sobre Política de Saúde da Câmara dos Deputados, cujo documento evidenciou a existência

de um movimento organizado e bem articulado. Este projeto foi posteriormente legitimado na 8ª CNS e legalizado na Constituição de 1988 (SANTOS, 2016).

**Figura 1 – Linha do Tempo: Histórico da Saúde no Brasil**



Fonte: Elaboração própria com base em (Brasil. Fiocruz, 2010)

#### 4.2 AVANÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL

A Oitava CNS em 1986, representou o marco da grande mudança do contexto da saúde pública no Brasil, suscitando a luta do movimento sanitário com o intuito de reverter a lógica da assistência à saúde sob a ótica de quatro proposições de debate. O primeiro: a saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou qualquer outro critério de discriminação. O segundo: as ações de saúde devem estar integradas em um único sistema,

garantindo o acesso de toda a população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo. O terceiro: a gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios, e a quarta: o Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde (BRASIL, 2001).

Nesta conferência, os participantes estavam convictos de que não haveria mais retrocesso e que, definitivamente, a saúde estava compreendida como um direito do povo de forma universal e igualitária. Dois anos depois a nova Constituição da República Federativa Brasileira foi aprovada e a saúde passa a ser considerada um direito do povo, descrito no Art. 196.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (p. 118)

A introdução da saúde no rol dos direitos sociais no Brasil foi resultado da força dos movimentos populares no momento da redemocratização política. Nesse rico período da história política brasileira, houve o fenômeno, até então inédito, da expressiva participação popular na definição dos grandes objetivos constitucionais (DALLARI, 2009)

A proposta apresentada para o novo contexto da saúde, foi totalmente revolucionária, pois trazia uma nova forma de se fazer política, para além do setor saúde, ou seja, uma reforma social, que exigia do estado mudanças nos setores da assistência social, educação, infraestrutura, cujas exigências perduram até os dias atuais (KUSCHINIR; FAUSTO, 2014). Contudo, o ideal da reforma sanitária exigia uma revisão operacional do Estado e da burocracia dos serviços públicos.

De acordo com Paim (2007), esta era uma época em que a sociedade tratava os valores de forma diferente, o povo brasileiro merecia uma reforma também na moralidade, que elevasse o pensar para as questões que determinam as condições de vida e de saúde.

O autor defende que a reforma sanitária não se enquadra nas reformas setoriais defendidas pela literatura internacional, sendo o SUS um filho da reforma sanitária brasileira não podendo ser tratado como política pública estatal e nem como reforma dos movimentos sociais, mas sim uma reforma da sociedade que até então tratava diferente os valores humanos e nessa época não existia uma prática política para alterar as relações sociais. Em suma, a sociedade carecia de uma reforma na moralidade e na compreensão das questões relacionadas aos valores humanos e para os diversos fatores que determinavam a saúde de uma população.

Além das mudanças que deveriam ocorrer na sociedade, na visão de Paim (2007), a medicina preventiva também passava por um dilema, necessitava, portanto, de práticas teórico políticas como um conjunto de princípios e proposições articuladas que resultassem na democratização da saúde com um conjunto de práticas e processos políticos e culturais que na época desdobraram na Comissão Nacional da Reforma Sanitária na Assembleia Constituinte Nacional.

Em 1986, em Ottawa no Canadá, aconteceu a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, onde o foco das discussões voltava-se para a necessidade de promover a saúde das pessoas num contexto de expansão da industrialização e do domínio crescente do capitalismo. Nesta época, já existia uma previsibilidade do aumento das doenças crônicas em decorrência das exaustivas jornadas de trabalho e pela falta de acesso às ações de prevenção.

Há o entendimento de que a partir das Conferências de Alma Ata e de Ottawa o termo Promoção de Saúde passou a ter maior significância no meio dos profissionais de saúde e para as pessoas nas comunidades. As ações de promoção da saúde têm o objetivo de melhorar a qualidade de vida e preservar a saúde das pessoas tanto na abordagem individual ou coletivas, contudo, devem ser guiadas pelos serviços da atenção primária pela ESF com a parceria da intersetorialidade, para que se alcancem as pessoas no contexto em que vivem. Para a obtenção dos benefícios das ações de promoção à saúde é preciso que as pessoas tenham acesso aos serviços de maneira que haja transformação do saber dentro do próprio contexto sociocultural e de preferência próximo ao local da residência.

Enquanto isto, no Brasil, erguia-se um grande movimento sanitário sob uma nova perspectiva em defesa da saúde com bases reivindicatórias e bem fundamentadas para a aprovação da nova carta constitucional que deveria conter a garantia da saúde como um direito do povo e dever do estado, com acesso igualitário e universal, como proposto pela 8ª CNS.

Os debates foram intensificados em prol da democratização da saúde como: planejamento e administração descentralizados, instancias deliberativas permeáveis à negociação política, possibilidade concreta da participação popular organizada, percurso para o estabelecimento do sistema unificado de saúde, respeito mútuo federativo, respaldo das forças sociais atuantes no setor, perspectivas mais concretas de viabilidade, incorporação do planejamento à prática institucional e responsabilidade das universidades na formulação e na implementação das políticas de saúde (PAIM, 2007).

Paim (2007), destaca que a 8ª CNS conferência foi estruturada sobre três eixos básicos: saúde como um direito inerente à cidadania; reformulação do sistema nacional de

saúde; e financiamento do setor saúde. Para cada eixo foram encomendados previamente textos aos acadêmicos, intelectuais e especialistas para compor argumentos para os debates. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) participou ativamente e elaborou um documento para fundamentar as discussões desde a etapa das conferências estaduais até a chegada da grande conferência. Neste documento enfatizou-se que a saúde deveria ser vista como “fruto de um conjunto de condições de vida que vai além do setor de saúde” (ABRASCO, 1985).

O SUS foi aprovado em 1988 e a partir deste marco iniciou-se as tratativas árduas para a regulamentação, formulação de políticas ancoradas no êxito da 8ª CNS. No ano de 1990, Lei Orgânica da Saúde entrou em vigor, embora tenha tido atrasos na sua aprovação, e quando aprovada, sofreu vários vetos presidenciais principalmente para as questões relacionadas ao financiamento, participação popular, organização da estrutura ministerial, da política de cargos e salário e política de recursos humanos (KUSCHINIR; FAUSTO (2014).

No mesmo ano da aprovação do SUS, aconteceu em Adelaide na Austrália a Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, reafirmando as linhas da defesa da Carta de Otawa conclamando as políticas públicas saudáveis no restabelecimento do ambiente como um fator determinante para complementação do cuidado. O conceito de saúde passa a ser reafirmado como um direito humano fundamental e um sólido investimento social, devendo aos governos investir recursos em políticas públicas saudáveis e em promoção da saúde para melhorar a saúde dos seus cidadãos sob a ótica do controle social com a participação ativa da sociedade (BRASIL, 2001).

O Brasil precisava avançar, embora em meio a situações de desigualdades sociais e com o acesso bastante restrito em todas as áreas e principalmente para os serviços básicos de saúde. As unidades hospitalares estavam muito comprometidas, sucateadas, com baixa densidade tecnológica e grandes demandas. Um verdadeiro caos instalado no contexto epidemiológico com prevalência de doenças evitáveis, aumento do índice de mortalidade infantil e disseminação das doenças transmissíveis sem devido controle do Estado.

As próximas CNS representaram uma nova esperança, para uma população que historicamente estava presa numa situação de sofrimento devido à falta de serviços básicos de saúde somado à precariedade do saneamento básico em grandes proporções.

Em 1992, ocorreu a primeira conferência após a criação do SUS e a partir desta, as conferências passariam a acontecer a cada quatro anos. A Nona CNS teve como principal demanda a descentralização da saúde, convocada pelo Decreto n. 99.045, de 07/03/90 com o tema central: “Municipalização é o caminho” que exigia a ampliação da cobertura de serviços

e do acesso sob responsabilidade direta dos estados e dos municípios, respeitando o princípio da universalidade da assistência (BRASIL, 1993).

Na Décima CNS, realizada em 1996, os debates foram direcionados às questões relacionadas ao financiamento da saúde. Os debates culminaram na aprovação da Emenda constitucional 29, aprovada anos mais tarde em 2000. Embora a saúde tivesse um pouco mais de estabilidade com esta aprovação, a discussão acerca da utilização dos recursos com maior equidade e clareza (GOMES, 2014).

No ano 2000, acontecia no Brasil a 11ª CNS, cujo texto inicial faz uma memória acerca dos anos que se passaram desde a 8ª CNS de Saúde como cenário de lutas para a idealização do SUS no país. Esta conferência registrou em suas páginas uma análise sobre os obstáculos e avanços do SUS, propôs diretrizes e traçou alguns caminhos para *efetivar o acesso, gestão do SUS, política de RH, qualidade e humanização na atenção à saúde*, propostas de financiamento da atenção à saúde e controle social. O relatório final da conferência aponta algumas considerações sobre o acesso de modo a entender que algumas pessoas possuíam acesso diferenciado no SUS por meio de influências e rede de relacionamento, enquanto uma maioria da população “amarga filas de espera” nas madrugadas e os serviços essenciais e de especialidades ofertados em condições muito precárias (BRASIL, 2001).

A precariedade do acesso era uma realidade em todos os níveis de atenção, no primário, na média e alta complexidade, representando a fragilidade da gestão em relação ao funcionamento da estrutura e na gestão dos recursos financeiros. Na época não era aplicado o conceito de rede de atenção, inexistia a coordenação do cuidado por parte da APS e a assistência por parte dos hospitais filantrópicos e universitários que não eram integradas ao SUS. Segundo o relatório da 11ª CNS houve um destaque nas discussões do eixo da atenção e gestão do SUS, com a insurgência de novas prioridades no âmbito da assistência como: a humanização do cuidado, ampliação do acolhimento das pessoas e a resolutividades de cada tratamento por meio da integralidade da atenção (BRASIL, 2002).

A 12ª CNS, Conferência Sergio Arouca, convocada pelo Decreto n. 9.872, de 05/05/90, foi realizada nos dias de 07 a 11 de dezembro de 2003, cujo tema foi: “Saúde: Direito de Todos, Dever do Estado, a Saúde que Temos, o SUS que Queremos”. O direito à saúde foi um assunto amplamente discutido, sendo as bases desta temática resgatadas dos consolidados da 8ª CNS. A Saúde para ser constituída verdadeiramente como um direito é necessário romper a espiral das desigualdades sociais, a má distribuição de renda e o baixo provimento de políticas sociais e econômicas que não asseguram um desenvolvimento econômico sustentável. Deve-se, portanto, ampliar os investimentos da saúde para que a população possa ser beneficiada com



acesso igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação de forma individual ou coletiva (BRASIL, 2011).

A 13ª CNS, aconteceu nos dias 14 a 18 de novembro de 2007 e teve como tema central: “Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento” sob a relatoria de Armando Raggio. Diante da complexidade e dos mais variados temas, os quatro conteúdos mais relevantes para o contexto desta conferência, foram: o “acesso” sob a ótica da criação de políticas saudáveis; bens e serviços de saúde; informação sobre saúde; e soluções para áreas de difícil acesso (CONASS, 2009).

O conceito de *acesso* se refere à capacidade do sistema de saúde de produzir serviços que atendam às necessidades de atenção à saúde, manifestas e potenciais, individuais e coletivas, em local e tempo oportunos. Considera-se, que o acesso pode ser afetado por obstáculos decorrentes de fatores institucionais, a burocratização do sistema, imposição de regras de funcionamento do sistema de saúde. Estes produtos burocráticos do dia a dia formam barreiras que impedem o acesso oportuno do sistema de saúde (como, por exemplo, exigências formais endereço/documentos etc.); formas de operação, como horário de funcionamento, ausência de mecanismos institucionalizados de referência a recursos diagnósticos ou terapêuticos etc.). Este conteúdo foi um dos mais importantes da Conferência, considerando-se o grande número de resoluções e moções a ele relacionados. O acesso discutido e fracionado em três categorias de discussões: áreas de difícil acesso; acesso de grupos específicos; e acesso universal (CONASS, 2009).

A 14ª CNS, aconteceu entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011. Teve o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”. O lema trabalhado foi: “Queremos implantar e ampliar as Políticas de Promoção da Equidade para reduzir as condições desiguais a que são submetidas as mulheres, as crianças, os idosos, a população negra e a população indígena, as comunidades quilombolas, as populações do campo, da floresta e ribeirinha, a população LGBT, a população cigana, as pessoas em situação de rua, as pessoas com deficiência e patologias e necessidades alimentares especiais. Foi defendido que a Atenção Básica seja ordenadora da rede de saúde, caracterizando-se pela resolutividade e pelo acesso e acolhimento com qualidade, em tempo adequado e com civilidade” (BRASIL, 2012).

Nesta 14ª CNS, a primeira diretriz foi *Em Defesa Do SUS – Pelo Direito à Saúde e à Seguridade Social*, um dos eixos de discussão era especificamente acerca do “Acesso e Acolhimento com qualidade- um desafio para o SUS”. O acesso e acolhimento com melhor qualidade na Saúde implicam na efetivação do princípio da integralidade, entendido como o

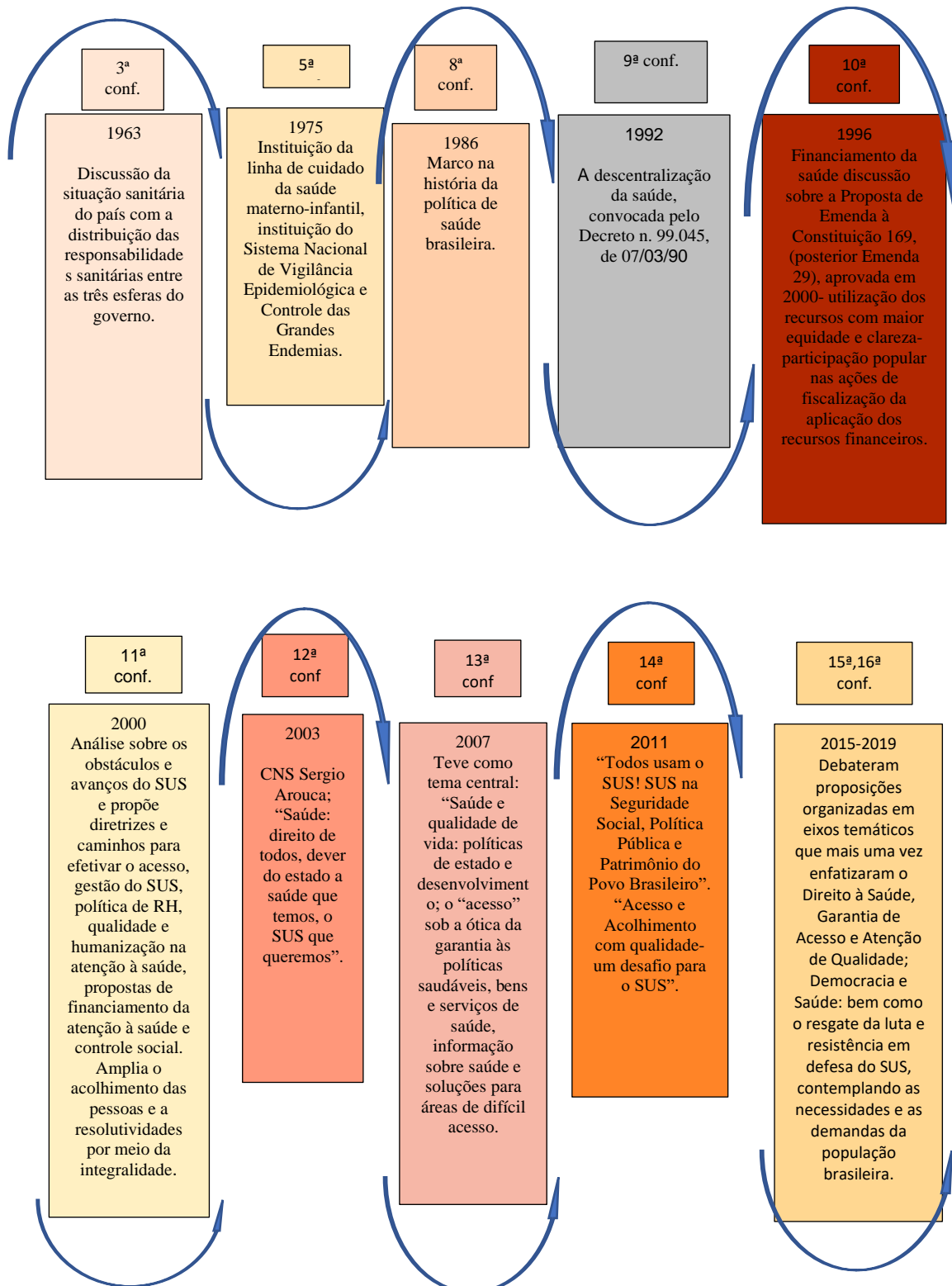
conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade. Reafirmar o SUS como política pública e patrimônio do povo brasileiro, que exige respeito e não pode conviver com desvios na aplicação dos seus recursos, cujas ações devem refletir a realidade e atender à vulnerabilidade e diversidade social, melhorando o acesso e acolhimento em toda sua rede, conforme os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde, para melhorar a qualidade de vida e garantir assistência digna à saúde de todas as pessoas (BRASIL, 2012).

As duas últimas CNS a 15<sup>a</sup> e 16<sup>a</sup> debateram proposições nos seguintes eixos temáticos: Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade; resgate da luta e resistência em defesa do SUS. Nos debates foram suscitadas discussões com foco nas necessidades e nas demandas da população brasileira para a saúde como direito do cidadão, defesa do SUS e a luta contra retrocessos no campo do direito sociais.

Como pode ser evidenciado no histórico, as CNS têm uma grande representatividade para o SUS. Este espaço de exercício da democracia direta, prevista na constituição Federal de 1988 e na lei 8080/90 deve ser preservado e fortalecido, assim como os espaços coletivos e deliberativos dos conselhos de Saúde, onde é possível identificar o papel histórico importante no direcionamento das políticas de saúde e das ações para a APS.

A figura 2 registra sumariamente a linha do tempo das Conferências Nacionais de saúde que tiveram maior representatividade em seus debates com temas relacionados ao acesso aos serviços de saúde pública.

**Figura 2 – Linha do tempo: Conferências Nacionais de Saúde.**



Fonte: Elaboração própria com base em: Portal Fiocruz, 2022.

### 4.3 O ACESSO NO CONTEXTO DA APS

O acesso aos serviços de saúde brasileiro foi conquistado num contexto de grandes lutas, onde a precariedade da saúde predominava em todo território brasileiro e a população carecia de atenção à saúde. É evidente que hoje estamos numa realidade bem diferenciada, contudo ainda não atingimos plenamente a cobertura das áreas longínquas e de maior vulnerabilidade no país.

A APS inicialmente foi implementada nos países ricos da Europa, enquanto a experiência dos países em desenvolvimento, principalmente na América Latina, foi de um modelo seletivo de uma atenção para pobres. Com o passar dos anos, a narrativa de que a APS é o modelo de atenção à saúde dos pobres e vulneráveis tem sido modificada.

De acordo com Mendonça (2008), a implantação da APS é uma estratégia de organização dos sistemas de saúde de grande relevância, salientando que os países cujos sistemas de saúde se organizaram a partir dos princípios da APS, alcançaram melhores resultados, menos custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade, mesmo em situações em que existe a desigualdade social.

Segundo Almeida et al. 2011, no ano 2004, com o objetivo de fortalecer e ampliar a resolutividade, a APS incorpora à ESF o Núcleo de Apoio à Saúde de Família (NASF) que muito contribui para qualificação da assistência e para ampliação da atuação das equipes e para a consolidação dos atributos como porta de entrada, coordenação e longitudinalidade.

A ampliação do acesso na APS no Brasil tem sido um processo gradativo, com o aumento de cobertura das equipes de Saúde da Família (eSF) em todos os estados da federação e a partir da ESF acontece o reordenamento do modelo de atenção no SUS, segundo os princípios: representa o primeiro contato e acesso preferencial da população às ações e serviços de saúde; integralidade; assistência ao longo do tempo da vida e coordenação dos usuários na rede de serviços (MENDONÇA, 2008).

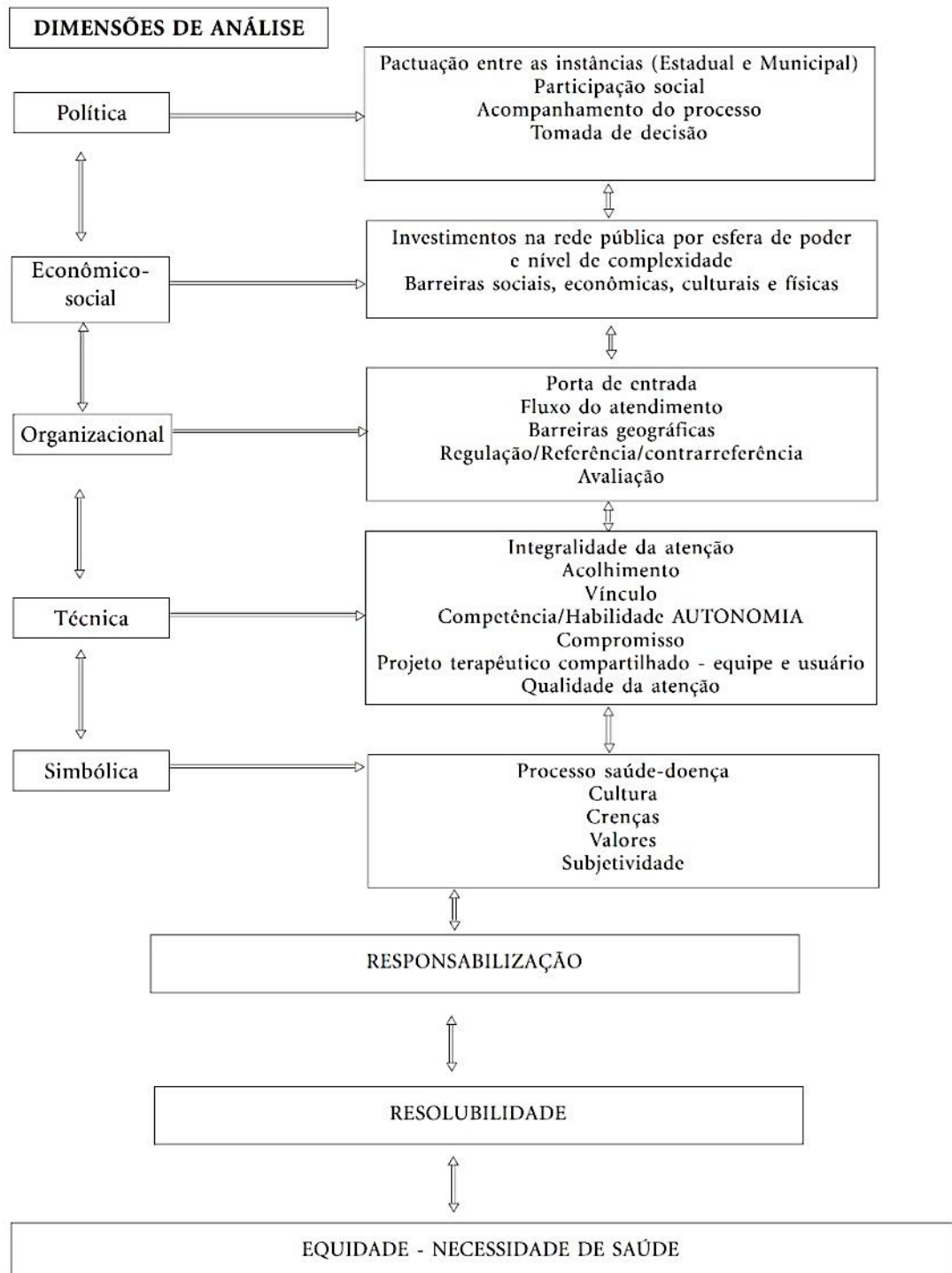
Giovanella e Fleury (1995) apresentam a análise sobre acesso, contendo categorizações e significados, com destaque para as dimensões que culminaram em quatro modelos teóricos:

- 1- Dimensão econômica- o modelo economicista que trata a relação entre a oferta e a demanda. Neste contexto a disponibilidade é percebida como relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, ou seja, o volume de usuários compreendida como demanda e o tipo de necessidade. No cotidiano da APS o emprego de baixas tecnologias está relacionado diretamente no cotidiano da assistência, porém em algum momento da

assistência haverá a necessidade do emprego de algum nível de tecnologia. A capacidade financeira dos serviços da APS. Nesta dimensão além das condições do acesso econômico relacionado ao serviço, o usuário também é submetido a essas variações que perpassam desde a distância geográfica da sua residência até a UBS, além dos custos que envolvem este deslocamento, como o emprego de recursos para atender às prescrições feitas no atendimento.

- 2- Dimensão técnica- modelo sanitarista-planificador relativo à planificação e organização da rede de serviços. Esta dimensão envolve um cuidado da atenção desde a entrada do usuário no serviço do qual necessita, incluindo as condições de acesso, ampliação do horário de funcionamento da unidade entendido como um preponderante papel facilitador para a entrada do usuário na rede de serviços até a qualidade na execução da atenção.
- 3- Dimensão política- modelo sanitarista político relativo ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular. A posição de políticas de saúde deve ir ao encontro do princípio da universalidade, nesse sentido a assistência deve ser livre para todo o cidadão considerando o princípio da equidade. O acesso com equidade focado apenas na doença pode gerar fatores excludentes de outras demandas principalmente as de origem social, excluindo a possibilidade do indivíduo ser visto como uma pessoa com necessidades existentes para além do adoecimento.
- 4- Dimensão simbólica-modelo das representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde. Nesta dimensão há o destaque do papel dos usuários, dos trabalhadores de saúde e gestores como os protagonistas na efetivação do acesso aos serviços de saúde e do controle social, aqui os atores devem identificar e solucionar as demandas que por sua vez são consideradas invisíveis e que são consideradas os pontos mais críticos de exclusão ao acesso.

**Figura 3 – Dimensões de Análise do Acesso**



Fonte: Assis e Jesus (2012)

De acordo com a visão dos autores Assis e Jesus (2012), a acessibilidade é um ponto importante a ser discutido entre as dimensões do acesso, pois a distribuição espacial dos serviços reflete diretamente nesta questão e requer uma observação atenta do gestor no planejamento e na organização dos serviços da APS.

O mais aconselhável, deve ser, portanto, que as unidades assistenciais possam ser implantadas o mais próximo possível do domicílio das pessoas. As barreiras de origem geográficas são a causa mais comum do distanciamento do usuário com a UBS, as moradias distantes dificultam o acesso e desencorajam as pessoas na busca do atendimento por necessidade do meio de transporte, devido à superlotação e a insuficiência das linhas de ônibus nos horários do funcionamento da UBS.

A proposta de construção social da APS está referida por um modelo de gestão da saúde da população. O modelo da gestão da saúde da população move um sistema estruturado por indivíduos que buscam atenção para um sistema que se responsabiliza, sanitária e economicamente, por uma população determinada a ele vinculada, sendo fundamental conhecer essa população, captar suas necessidades reais e discriminá-la segundo critérios de riscos e acesso (MENDES, 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) desde a sua origem em 2006, foi aprovada visando o estabelecimento de diretrizes para a organização da atenção básica no país no âmbito do SUS (BRASIL, 2017). A estruturação do acesso sob o ponto de vista organizacional é fundamental para eliminar as barreiras que impedem um bom funcionamento dos serviços e no processo assistencial, inviabilizando as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Cabe ao gestor a competência de organização e manutenção do processo de trabalho, considerado com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. De acordo com a PNAB (2017) o processo de trabalho deve ser estabelecido a partir dos problemas e demandas, necessidades de saúde de pessoas e do território de responsabilidade sanitária. As dificuldades dos profissionais das eSF devem ser identificadas e considerada para fins de disponibilização de capacitações, melhoria de condições de trabalhos ou emprego de tecnologias para fins assistenciais.

De acordo com a análise dos autores Noronha e Pereira (2013), na defesa dos princípios reconhecidos como alicerces fundamentais do SUS, requer dos gestores formulação de políticas de saúde sustentáveis, eficácia das ações, devido controle dos gastos, integração

das redes assistenciais em todos os níveis com a capacidade de entregar ao usuário uma resposta rápida às demandas.

Agregada à expansão dos serviços de saúde, deve ser levado em consideração o estudo da demanda e da oferta disponível. Quando há desproporção entre a oferta e a demanda, significa que pode haver uma baixa interação entre os níveis, sendo a oferta inadequada da má distribuição dos recursos que podem levar o sistema ao desequilíbrio com o acúmulo de demandas reprimidas.

De acordo com Harzheim, (2020), o financiamento do cuidado ofertado às pessoas efetivamente adscritas às equipes favorece a transparência do planejamento e a alocação de recursos para as eSF. Todas essas medidas foram pensadas para a ampliação do acesso. Outros componentes como a capitação ponderada, o pagamento por desempenho, e incentivos para ações estratégicas e populações vulneráveis foram contemplados na aplicação da Portaria MS nº 2.979, Previne Brasil.

Outras barreiras que interferem na acessibilidade do usuário, diz respeito ao modelo de organização do processo de trabalho dentro de cada unidade, além da oferta insuficiente e das restrições atribuídas às rotinas com a fixação de dias e horários para atendimentos, não havendo flexibilização da programação das agendas dos profissionais para os atendimentos às demandas não programada.

No cotidiano das UBS é esperada a presença de usuário na busca por atendimento não programado previamente, como o primeiro contato numa situação aguda ou que requeira algum atendimento emergencial. Comumente a programação diária das agendas dos profissionais médicos da APS não contempla espaços suficientes para atendimentos a prioridades ou das urgências básicas. O acolhimento à demanda espontânea é o serviço que escuta e acolhe os usuários em condições de algum risco e que, na ausência do atendimento na UBS, são direcionados para as unidades de pronto atendimento que acabam absorvendo as demandas que poderia ser resolvida na UBS.

As dificuldades de acesso à porta aberta da UBS podem determinar uma deficiência do ponto de vista organizacional. Há registros no contexto internacional de algumas experiências reconhecidas como bem-sucedidas em relação ao dinamismo das equipes de saúde na prestação do atendimento na hora oportuna. O Acesso Avançado (AA) é um modelo de atendimento que visa a garantia do atendimento para o mesmo dia ou em até 48 horas, não necessariamente somente atendimentos de urgência, mas podendo ser também para consultas de rotinas ou outras demandas.



Os autores PIRES FILHO et al, (2019), p. 606 citam claramente como se dá a relação existente entre o AA e os processos de trabalho das unidades de saúde:

O AA também se afasta do conceito de dividir a agenda entre demanda de rotina e de urgência. Os atendimentos e processos do trabalho são realizados no mesmo dia, independentemente de sua natureza, excetuando-se alguns casos em que são agendados para futuro próximo, em geral, por uma escolha realizada compartilhada entre paciente e profissional de saúde.

No cotidiano, cada serviço organiza seu próprio processo de trabalho estabelecendo o seu limite de atendimento tanto para o dia quanto para os agendamentos futuros, dentro do chamado ‘limite de tolerância’ (PIRES FILHO et al, 2019).

No Brasil, esta talvez possa ser uma realidade para os próximos anos, a quantidade de pessoas assistidas no território faz toda a diferença no planejamento das consultas livres de agendamento, cabendo a cada equipe analisar a quantidade de pessoas atendidas rotineiramente pela demanda espontânea, a quantidade de pessoas que não comparecem às consultas por demanda agendada, o tempo de espera entre uma consulta e outra, número de consultas por turno, o número de pacientes por médico e dentre outros fatores (VIDAL, 2013).

Em 2019 a APS passou por uma remodelagem na dimensão econômica, com a Portaria nº 2.979, instituindo o Programa Previne Brasil que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS permitindo melhor conhecimento e acompanhamento longitudinal.

Visando uma dinâmica diferente no atendimento das pessoas como flexibilidade de horários na busca de atendimento, o acesso no primeiro contato previsto pelos atributos da APS inspirou o programa o Programa “Saúde na Hora” que configura na ampliação do acesso e horários de atendimento, propiciando acesso à APS para pessoas que antes só conseguiam atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e emergências hospitalares pela incompatibilidade de sua rotina com os horários das unidades de saúde da família (Harzheim, 2020). Este Programa Saúde na Hora, oferece ao usuário mais uma possibilidade de utilização do SUS no âmbito da APS e próximo da sua residência.

#### 4.4 SAÚDE PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL

Brasília, inaugurada em 21 de abril de 1960 pelo Presidente Juscelino Kubitschek é uma cidade que foi planejada para ser a nova capital do Brasil. Sua construção e a transferência da Nova Capital para o interior do país deram-se a partir de algumas circunstâncias, entre as quais a necessidade de integração com as regiões do país.

Somente com a aprovação da Constituição de 1988, o DF passou a ter autonomia política para realizar as eleições para governador, bem como para o poder Legislativo Federal (Senado e Câmara Federal), assim como foi instituída representação legislativa local, por meio da Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF).

Atualmente o DF encontra-se dividido em 33 Regiões Administrativas (RA), sendo que em 2019 foram criadas as RA de Sol Nascente/Pôr do Sol - RA XXXII e Arniqueiras – RA XXXIII. O DF está localizado na Região Centro-Oeste, no centro leste do Estado de Goiás, ocupando uma área de 5.783 km<sup>2</sup>, 0,06% da área do território brasileiro (CODEPLAN, 2017). A população do DF era de 2.570.160 pessoas de acordo com o último censo populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019). A população projetada em 2018 pela Subsecretaria de Vigilância à Saúde, a partir da última atualização feita pelo IBGE, registra um aumento significativo para 2.972.209 habitantes, conforme consta no portal da Sala de Situação da SES-DF.

**Tabela 1** – Distribuição da Regiões Administrativas nas sete Regiões de Saúde conforme Decretos nº 37.057/2016 e 38.982/2018.

Região de Saúde	Região Administrativa	
CENTRAL	RA1 - Brasília (Asa Norte)	RA18 - Lago Norte
	RA1 - Brasília (Asa Sul)	RA 22 - Sudoeste/Octogonal
	RA11 - Cruzeiro	RA 23 - Varjão
	RA16 - Lago Sul	
CENTRO-SUL	RA8 - N. Bandeirante	RA 21- R. Fundo II
	RA10 - Guará	RA 24 -Park Way
	RA17 - R. Fundo I	RA 25 - SCIA (Estrut.)
	RA19 - Candangolândia	RA 29 - S.I.A
NORTE	RA5 - Sobradinho I	RA 26 - Sobradinho II
	RA 6 - Planaltina	RA 31 - Fercal
SUL	RA2 - Gama	RA13 - Santa Maria
LESTE	RA7 - Paranoá	RA 27- Jd. Botânico
	RA14 - São Sebastião	RA 28 - Itapoã
OESTE	RA4 - Brazlândia	RA9 - Ceilândia
	RA 32 – Sol Nascente/ Pôr do Sol (*)	
SUDOESTE	RA3 - Taguatinga	RA 20 - Águas Claras
	RA12 - Samambaia	RA 30 - Vicente Pires
	RA15 - Recanto das Emas	RA 33 - Arniqueira (**)

Fonte: Decreto nº 37.057 de 14/01/2016, Decreto nº 38.982 de 10/04/2018, Lei nº 6.359 de 14/08/2019 e Lei nº 6.391 de 30/09/2019. (\*) Região Administrativa oriunda da RA 9 – Ceilândia, que cedeu parte de seu território para a RA 32, conforme Lei nº 6.359 de 14/08/2019. (\*\*) Região Administrativa oriunda da RA 20 – Águas Claras, conforme Lei nº 6.391 de 30/09/2019.

De acordo com Göttems et al. (2019), inicialmente o Sistema de Saúde Pública do DF foi estruturado com dois importantes planos: o Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília, conhecido como Plano Bandeira de Mello de 1960 e o Plano de Assistência à Saúde de 1979.

O Plano Bandeira de Melo instituído em 1960 tinha como princípio a estruturação dos serviços de saúde por meio da criação da Fundação Hospitalar do DF (FHDF). Na época, esse plano era contrário à lógica assistencialista praticada no país, pois defendia a proposta do acesso universal e a hierarquização de cuidados, direcionando os cuidados básicos para unidades dos postos e centros de saúde. Este plano previa a estruturação dos serviços com distinção entre as áreas e suas ações, sendo a FHDF responsável pelas atividades executivas e a SES-DF responsável pelos processos normativos com a formulação das políticas de saúde. A FHDF foi o órgão de administração central até o ano de 1981, quando houve a criação da SES-DF, sendo que ambas geriram o sistema de saúde pública até o ano de 1999 (GÖTTEMS et al. 2019).

Com o modelo da gestão da saúde praticado no DF, possivelmente o pioneiro no país a atender toda a população residente, sem qualquer discriminação oficial desde 1960 até a instituição do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1988, sucedido pelo

SUS, quando a universalidade se estabeleceu em todo o território nacional para toda a população residente no País. O plano de Saúde Bandeira Melo planejou a construção de um hospital de “alta complexidade”, à época chamado Hospital de Base do DF, onze hospitais gerais e seis hospitais rurais, circundados por unidades satélites, capazes de oferecer assistência para uma população de 500 mil habitantes (GÖTTEMS, 2010).

O Secretário de Saúde Jofran Frejat buscava para o DF um modelo assistencial baseado na prestação de cuidados primários, para isso era necessário ampliar a estrutura física, contratar profissionais habilitados para a prestação de cuidados primários. As unidades construídas foram denominadas Centros de Saúde, Postos de Saúde Rurais e Postos de Saúde Urbanos, se diferenciando pelo perfil da equipe e dos serviços prestados. Especialmente os Centros de Saúde eram responsáveis pelo atendimento de uma população de 30 mil pessoas. O diferencial dos Centros de Saúde à época era o atendimento realizado por especialidades básicas: médicos clínicos, ginecologistas e pediatras (GÖTTEMS LBD et. al., 2009).

De acordo com Göttems (2010), a APS no DF começou a ganhar destaque com novas medidas de organização instituídas entre 1995 e 2002, período compreendido em dois mandatos de governadores. No primeiro período de 1995 a 1998, o planejamento do novo modelo assistencial visou a expansão da cobertura da APS, com o surgimento de uma nova lógica assistencial, pela implantação do Programa Saúde em Casa (PSC), estruturado nos moldes do Programa Saúde da Família (PSF), atual ESF. O PSC foi uma importante ferramenta de modelo de atenção que previa a melhoria da qualidade de vida das pessoas e ampliação do acesso.

Ainda segundo Göttems (2010), com a desativação da FHDF no ano 2000, toda a rede de saúde passa a ser gerenciada pela SES-DF. Nesta ocasião o PSC cedeu espaço para o PSF, que ao contrário do PSC que funcionava nas unidades de saúde montadas próximos à moradia das pessoas, as equipes do PSF foram implantadas dentro dos Centros de Saúde com sérias limitações e fragilidades que desqualificou o programa, além do peso financeiro aos cofres do governo com a implantação de gratificações. Lamentavelmente não avançou em meio às fortes intervenções políticas, cujo insucesso do programa ministerial era previsto, culminando em ameaças posteriores de descredenciamento da SES-DF junto ao Ministério da Saúde (MS).

O Plano Distrital de Saúde publicado em 2008, priorizou a Desconcentração Administrativa e financeira para fins de promoção de maior responsabilização dos dirigentes das Diretorias Gerais de Saúde e dos Estabelecimentos de Referência Distrital pelos resultados de sua atuação. As principais diretrizes foram: Reorganização da APS que previa a implantação de novas 294 eSF e de Saúde Bucal até o ano 2010; Organização de Fluxos e Níveis de Atenção para a prestação contínua da assistência no tempo e no lugar certo; Adequação da Rede de

Assistência na Atenção Especializada para fins de promover o acesso em áreas de vazios assistenciais. Nas suas considerações finais, registra-se as seguintes expectativas: “o propósito é de qualificar a atenção prestada entre as ações primárias e de atenção secundária com melhores indicadores que repercutem diretamente na qualidade de vida da população”.

No ano de 2009, o DF ocupava uma das piores colocações no índice de cobertura por ESF no país, apenas 7% da população era acompanhada pelas equipes, havendo a necessidade de ressignificar o modelo da APS como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, sendo imprescindível reestruturar a infraestrutura física de algumas unidades básicas, aquisição de equipamentos, contratação e qualificação de recursos humanos, implantação de programas de residência e incorporação de insumos e tecnologias nas UBS (GÖTTEMS, 2010). O desafio era grande. Neste mesmo ano ocorreu uma das maiores contratações de servidores públicos para a APS no DF, novas unidades básicas foram inauguradas, com composição de novas equipes.

Na apresentação do Plano Distrital de Saúde elaborado em 2012, registra-se um destaque do então Secretário de Saúde para a proposta do Programa de Governo de 2011 a 2014: “A regionalização do sistema, a atenção básica, o pronto atendimento, a ampliação do PSF e a modernização da gestão da saúde são elementos estratégicos para a organização e a melhoria das redes de saúde...”. Com o passar do tempo, a situação do governo mostrava-se ainda mais conturbada a APS ainda não se mostrava como ordenadora do cuidado, a saúde em geral mantinha-se com sérias deficiências, as unidades dos prontos-socorros hospitalares estavam abarrotadas com o excesso de consultas básicas de urgências que poderiam ser realizadas de forma programada ou na demanda espontânea direcionada à UBS próxima a residência do usuário.

A partir de 2015, o Governo do DF deu reinício ao processo de reorganização da APS. Havia no DF dois modelos de atenção no nível da APS, o modelo tradicional organizado com especialidades médicas e agenda programada; e a ESF, organizada segundo princípios de adscrição de clientela, com abordagem familiar, formação de vínculo e atendimento com longitudinalidade, entre outros princípios, presente na maioria das RA com maior vulnerabilidade social e coexistindo nos mesmos espaços físicos das unidades do modelo tradicional. Nesta época as unidades do modelo assistencial de todo o DF somava: 16 hospitais, 172 UBS, 1 Policlínica, 6 UPA, responsáveis pelo atendimento de cerca de 3 milhões de habitantes residentes no DF (CORREA et. al., 2019). Neste mesmo ano ocorreu a reestruturação com a regionalização da saúde, sendo território do DF dividido administrativamente em 07 Regiões de Saúde, assumindo um novo conceito no sistema orientador da SES-DF.



saúde para as UBS com a ESF, o plano de conversão foi denominado Converte ou ConverteAPS (FONSECA, 2019).

O ConverteAPS amparou-se na consolidação dos atributos derivados e essenciais da APS, prevendo a ampliação do acesso e da qualidade da assistência voltados para o contexto familiar, na remodelação do processo de trabalho das UBS e no reaproveitamento da força de trabalho existente.

O processo de trabalho foi organizado a partir da seguinte estrutura:

1. *Acolhimento* por meio do ato de receber e escutar quem procura as unidades como mecanismo de *facilitação do acesso*;
2. *Classificação de Risco* – processo de priorização dos atendimentos por meio da avaliação da gravidade de uma situação apresentada;
3. *Resolutividade* por meio das ações desempenhadas pelas equipes sendo capazes de resolver 85% ou mais das demandas de saúde da população no âmbito da APS;
4. *Territorialização* que permite o reconhecimento do território, considerando perfil populacional, relações ambientais, condições de vida, situação de saúde e *acesso às ações e serviços de saúde*;
5. *Adscrição da Clientela mediante o* cadastramento e o acompanhamento da população sob responsabilidade sanitária e assistencial;
6. *Garantia do Acesso*- A organização do processo de trabalho das equipes deve ser feita de modo a garantir aos usuários o atendimento de suas demandas de saúde, inclusive as agudas por demanda espontânea ou por agendamentos;
7. *Ordenação da rede de saúde*: ordenar a demanda em relação aos outros pontos de atenção à saúde.

Todo o processo de conversão da APS foi norteado pelas normas e diretrizes descritas pelas Portarias n.º 77 e n.º 78/2018, criadas com o objetivo de disciplinar o processo de transição do modelo tradicional para o de ESF para todas as unidades da APS. Em meio ao momento desafiador para a gestão e de muitas incertezas para os profissionais considerados alvos das mudanças, estas portarias desempenharam o seu papel soberano em cada fase do plano, na qual previa desde o remanejamento dos servidores das unidades de origem para composição das equipes em outros locais, qualificação dos profissionais de nível superior, estabelecimento de parâmetros com funcionamento das unidades, classificação da tipologia das unidades e outras mudanças.

Inicialmente estas mudanças não tiveram uma boa repercussão para alguns servidores, pois este processo representaria uma mudança radical na vida e na prática profissional, principalmente aos da classe médica com formação na medicina especializada e centrada na prática curativista exercida há vários anos. Aqueles profissionais médicos e enfermeiros que não aderiram à proposta de trabalho na ESF, o espaço de trabalho nas UBS foi perdido, havendo remanejamento desses profissionais para as Policlínicas e para os Hospitais das diversas Regiões de Saúde.

O modelo de atenção tradicional praticado na APS do DF por longa data, teve uma representação significativa na saúde das pessoas. Com o passar dos anos, este modelo passou a castigar os usuários com longas filas de espera, limitação das vagas de atendimento, assistência fragmentada por especialidade focada no indivíduo. A partir de então, observa-se que a APS não estava sendo reconhecida pela população como porta de entrada preferencial para as demandas agudas básicas. A APS que é qualificada para muito além do imaginário das pessoas, estava se perdendo, sendo preciso reestruturar o serviços para que o usuário identificasse na APS um dos serviços mais completos e aptos para conferir uma assistência integral e longitudinal, acrescida de serviços básicos essenciais como vacinação, assistência farmacêutica, assistência aos diferentes ciclos de vida, amplas ações de promoção à saúde, prevenção ao câncer de mama e colo uterino, prevenção às doenças crônicas não transmissíveis, assistência à doenças causadas por infecções sexualmente transmissíveis (IST), programa HIV/AIDS, controle do tabagismo, ações de vigilância alimentar, vigilância sanitária e epidemiológica dos territórios dentre outras ações.

O Plano Converte consistiu numa reforma considerada como a mais desafiadora realizada no panorama da APS do DF, apesar do contexto histórico de uma saúde pública vocacionada e adepta à universalidade da atenção, porém existia uma imensa fragilização do acesso, impondo a necessidade de organização da Estratégia nos moldes previstos pelo MS.

A Política da APS do DF foi normatizada pelas portarias 77 e 78, de 14 de fevereiro de 2017, da SES-DF. A partir da aprovação, a APS passou a ser fundamentada na ESF, e todos os estabelecimentos de saúde, Centros de Saúde e Postos de Saúde urbanos e rurais, habilitados como UBS. O Plano Converte foi aprovado com a proposta de implantação de novas eSF com responsabilidade territorial de até 4000 pessoas. A composição das eSF seria de maneira que garantisse mínimo necessário para a assistência: médico de família e comunidade, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e até seis agentes comunitários de saúde (ACS) a depender do quantitativo existente, respeitando a carga horária preconizada de 40 horas semanais (CANUTO, 2019).



Apesar da criação de novas equipes, não significa que hoje estejam trabalhando na lógica da ESF. Considerando a proposta do Converte que visava o reaproveitamento da força de trabalho dos médicos e de enfermagem e a reformulação do PACS, contudo não houve quantidade de ACS suficiente para consistir nas equipes (CANUTO, 2019).

Com o avanço da ESF, foi necessário reorganizar o serviço ambulatorial de toda a rede, a partir de uma proposta descentralizadora com a capacidade de atender os fluxos de referência e contrarreferência para consultas e exames encaminhados pelas unidades da APS. Até então, as especialidades médicas eram disponibilizadas nos ambulatórios dos Hospitais Regionais e o acesso era por meio do encaminhamento médico e a partir deste, o usuário sem nenhuma referência, peregrinava pelos ambulatórios enfrentando longas filas de espera. No mesmo ano de 2017, a SES/DF instituiu o modelo de Atenção Secundária, criando os cargos de Coordenação, Diretorias e Gerências no nível central e nas Regiões de Saúde, dando a cada região o papel de mapear as ofertas e as demandas das especialidades médicas e não médicas disponíveis e organizar as novas unidades ambulatoriais no formato de Policlínicas, sejam elas dentro ou fora das unidades hospitalares.

Para os próximos anos espera-se uma APS ampliada, capilarizada, equitativa e com acesso facilitado, de qualidade e humanizado ao usuário em diferentes comunidades. É notório que onde existe uma APS atuante há melhoria na qualidade de vida, prolongamento da expectativa e esperança de vida. Ademais, o hospital passa a ser menos visitado e torna-se disponível para atendimento às situações de maior gravidade, com as pessoas empoderadas para a prática do autocuidado e estimuladas a cuidar do ambiente em que vivem, valorizando as orientações dos profissionais de saúde e ações sanitárias desenvolvidas no território.

## 5 METODOLOGIA

Este estudo foi idealizado com a perspectiva de analisar a visão do usuário e dos profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), sobre quais foram as mudanças que possibilitaram a ampliação do acesso aos serviços da UBS após a expansão do Modelo de ESF nos moldes do plano ConverteAPS, instituído pelas Portarias SES/DF nº 77 e 78/18. Embora o plano de conversão tenha sido elaborado na perspectiva de ampliar a rede assistencial da APS, é possível identificar situações que ainda precisam ser resolvidas para melhor atender a população.

Os conteúdos extraídos durante as entrevistas e a aplicação dos questionários foram analisados por meio das abordagens qualitativa e quantitativa por tratar se de um estudo de natureza mista, a análise dos questionários ocorreu por meio da análise estatística de forma descritiva. Quanto as análises das entrevistas foram transcritas de forma literal e analisadas após repetidas leituras das falas considerando as bases metodológicas e técnicas de análise de conteúdo, somadas ao apoio da tecnologia de software Iramuteq.

O processo de escolha das UBS Vila Planalto e UBS1 da Candangolândia ocorreu com devido ambas as UBS trabalhavam na lógica do modelo tradicional e por serem de regiões distintas e atualmente possuir cem por cento de cobertura de ESF em todo o território.

Os instrumentos de coleta dos dados foram elaborados pela pesquisadora, nunca aplicados anteriormente de forma a alcançar os objetivos propostos e para responder à pergunta de pesquisa. Devido ao avanço da pandemia da COVID-19, a fase de pré-teste ficou prejudicada de maneira em que não houve alterações no roteiro elaborado inicialmente.

A coleta dos dados ocorreu em dois momentos: o primeiro destinou-se para a aplicação do questionário aos usuários e o segundo momento uma entrevista direcionada aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), devido ao momento de grande contágio da COVID-19. Os critérios estabelecidos para a escolha dos usuários foram aqueles que estão vinculados às equipes e que pertençam a algum tipo de seguimento na unidade.

Segundo Minayo (2001), abordagem qualitativa é explicada como um método de pesquisa que se preocupa com os aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrada na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Esta abordagem trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa quantitativa tem suas raízes no pensamento lógico e enfatiza o raciocínio dedutivo com regras e atributos mensuráveis da experiência humana, centra na objetividade, recorre à linguagem matemática para explicar os fatos e descrever suas causas (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Considerando o contexto pandêmico causado pelo Corona Vírus Disease-2019 (COVID-19) e o risco de contaminação pelo coronavírus, as medidas restritivas constituem uma das precauções mais importantes para conter a propagação do vírus. Apesar deste cenário turbulento, prevaleceu a expectativa de realizar o estudo com os métodos escolhidos.

As pesquisas de natureza qualitativa foram bastante evidenciadas neste período de pandemia, pois neste momento as pessoas precisavam ser ouvidas mais do que nunca (MENDONÇA; SOUSA, 2021).

### **Vila Planalto**

A Vila Planalto faz parte da Região Administrativa I do DF, situada entre os Palácios do Planalto e da Alvorada. Tombada como patrimônio Histórico e Artístico do DF, a Vila foi fundada em 1957 para receber os acampamentos dos trabalhadores das construtoras que vieram construir a Capital Federal, em 1980 após grandes lutas, fundou-se a Associação de Moradores e fixou-se o Decreto para a concessão do território para a permanência dos pioneiros. De acordo com a CODEPLAN em 2009, foi estimado um total de 1.850 domicílios e a população idosa desta localidade corresponde a 11,7% do total dos moradores, atualmente a população geral está estimada em 18.000 habitantes.

**Figura 5 – Mapa da Vila Planalto-DF**

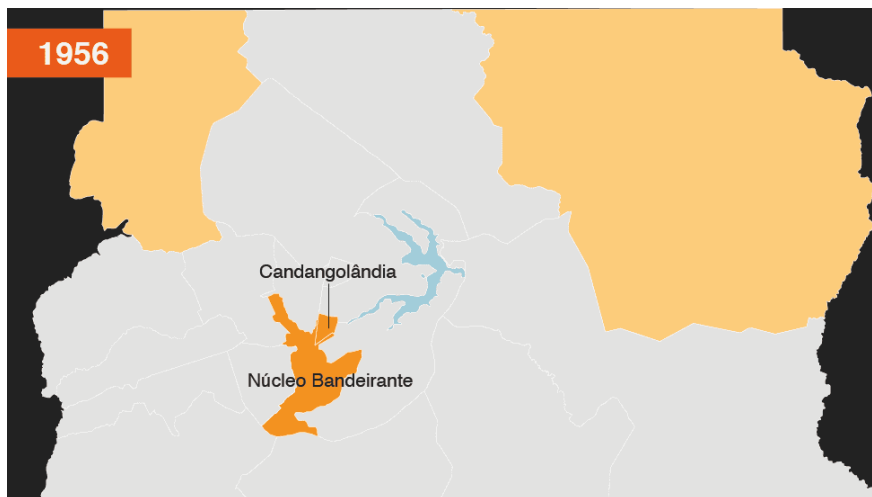


Fonte: <https://www.researchgate.net/figure>. Acesso em: 23 jun. 2022.

## RA - CANDANGOLÂNDIA

A Candangolândia é a RA XIX do Distrito Federal, fundada no início da construção de Brasília em 1956, com o intuito de abrigar os trabalhadores da construção da Nova Capital. Em 1994 torna-se uma RA por meio da Lei 658, atualmente possui uma população de aproximadamente 20 mil habitantes. A UBS1 encontra-se num local de fácil localização, possui cinco eSF e duas equipes de Saúde Bucal, funcionando também com horário estendido, de segunda a sexta-feira das 7h às 19h e aos sábados das 7h às 12h.

**Figura 6 – Mapa Região Administrativa Candangolândia-DF**



Fonte: BBC <https://www.bbc.com/portuguese/resources/idt->. Acesso em: 23 jun. 2022.

### 5.1 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa por objetivo analisar a situação do acesso por meio da visão de profissionais de saúde e usuários vinculados às UBS das Regiões Central e Centro-Sul de Saúde. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fiocruz CAAE: 55846021.7.0000.8027 aprovado em 12 de abril, parecer de número: 5.346.824. Foram utilizados como instrumento de coleta de dados um questionário semiestruturado específico para o usuário e um roteiro de entrevista para os trabalhadores. Todos os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Considerando a Carta Circular nº 4/2020-CONEP/SECNS/MS que orienta as coordenações de pesquisas na abrangência da pandemia causada pelo Coronavírus, sendo assim, esta pesquisa obedeceu aos protocolos e rotinas estabelecidos e pela Secretaria de Saúde

do DF. Foi mantido o rigor em relação ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) por parte do pesquisador no momento da coleta dos dados, bem como a utilização de medidas de precaução padrão para prevenção e contaminação por agentes infecciosos respiratórios e de contato como: óculos de proteção ou protetor facial, máscara com proteção PFF2, avental descartável, álcool em gel a 70% ao tocar superfícies e objetos e luvas descartáveis quando necessários.

Foram priorizados os locais arejados para a realização das entrevistas com os profissionais de saúde, preferencialmente em ambientes com circulação de ar, serão respeitadas as normas de distanciamento entre as pessoas. Além das medidas de proteção, outros critérios de participação foram fundamentais como: o usuário e/ou acompanhante ser vinculado e estar inserido em algum programa com seguimento (exemplo: pré-natal, crescimento e desenvolvimento, hipertensão, diabetes, tabagismo, consultas de retorno ao climatério e ginecológica e outros), utilizar os serviços da UBS há mais de 5 anos. O questionário contém questões semiestruturadas, o tempo estimado para responder é entre 2 e 3 minutos.

Conforme a Resolução CNS nº 466 de 2012, a participação da pesquisa se deu de forma voluntária e os participantes foram orientados acerca dos benefícios e prováveis riscos, em decorrência do período pandêmico. Não houve nenhuma manipulação de conduta ou intervenção nos participantes do estudo, o mais provável sentir algum nível de vergonha ou constrangimento na qual não foi mencionado, por tratar-se de uma pesquisa que envolve opiniões e pontos de vista acerca do serviço de saúde local. Na eminência de algum risco, o usuário recebeu esclarecimentos e teve o direito de encerrar a sua participação na pesquisa. Todos os dados dos participantes e as informações coletadas serão armazenados por 5 anos, mantidos em caráter confidencial (BRASIL, 2012).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ESF é a principal referência da APS no DF, sobretudo preza-se pelo princípio da universalidade do SUS, empenhando ações individuais, no domicílio e na coletividade.

Devido à alta capacidade de transmissibilidade do Coronavírus associado ao risco de morte, resultou em estado inicial generalizado de medo, incertezas e distanciamento entre as pessoas. Nas UBS a situação não foi diferente. A condição imposta de ficar em casa e o distanciamento social desencadeou prejuízos psicológicos nas pessoas. Contudo, a APS por meio da ESF reafirmou o seu papel de via de acesso preferencial da saúde pública.

Considerando que a base de dados será construída a partir do contexto da UBS, há uma expectativa de que o produto desta pesquisa contemple elementos que possam favorecer ao gestor na condução do processo de trabalho da unidade. Sugere-se que ao receberem o relatório possam utilizá-lo oportunamente nos espaços de discussão entre os profissionais e representantes do conselho local.

Em detrimento aos tempos pandêmicas foi necessário revisitar o planejamento da pesquisa e reduzir o número da amostra. Desta forma, pelas razões apresentadas a proposta inicial de percorrer todas as Regiões de Saúde não poderá ser alcançada neste momento, ficará disponível para colaborar com futuros estudos de maior abrangência.

Após a aprovação do projeto pelo CEP da FIOCRUZ e com a anuência dos Diretores da APS das Regiões de Saúde Central e Centro-Sul, no dia 03 de junho de 2022, iniciou-se com a aplicação dos questionários e das entrevistas. Inicialmente o planejamento contemplava uma amostra de 200 pessoas, pelas razões expostas acima foi de 159 pessoas. Em meio ao aumento exorbitante dos casos de COVID no país e no DF, no momento da realização da pesquisa observou-se uma dificuldade dos servidores de ambas as UBS para participar das entrevistas, sendo assim, foi preciso realizar a impressão do roteiro da entrevista e disponibilizar aos participantes.

### 6.1 A VISÃO DO USUÁRIO ACERCA DO ACESSO ANTES E APÓS A IMPLANTAÇÃO DA ESF

Na UBS1 da Vila Planalto, a ESF contempla 5 equipes, cuja identificação foi inspirada numa espécie de árvore que lindamente enfeita a natureza e a paisagem de Brasília com suas belíssimas flores: Ipê Amarelo, Ipê Branco, Ipê Rosa, Ipê Roxo, e Ipê Verde. Nesta unidade, 80 pessoas responderam ao questionário.

A UBS da Candangolândia contém 5 equipes, são identificadas por cores: Equipe Amarela, Azul, Vermelha, Rosa e Verde. Nesta unidade foram abordadas 86 pessoas, sendo que 79 aceitaram participar da pesquisa.

Foi adotado como critério de elegibilidade as pessoas que utilizam os serviços há mais de 5 anos. Com isso, houve sucesso no resgate da memória quanto ao funcionamento da UBS ainda no Modelo Tradicional.

**Tabela 2** – Número e Proporção (%) dos usuários das UBS Candangolândia e Vila Planalto, segundo as características dos dados demográficos.

Variável	Candangolândia		Vila Planalto	
	N	%	N	%
Participação na pesquisa	77	98,7	80	100,0
Não participaram	1	1,3	0	0,0
<b>Faixa Etária</b>				
18 – 20	3	3,8	0	0,0
21 – 30	10	12,8	16	20,0
31 – 40	15	19,2	15	18,8
41 – 50	20	25,6	18	22,5
51 – 60	17	21,8	21	26,2
61 e mais	13	16,7	10	12,5
<b>Raça/Cor</b>				
Branca	16	20,5	31	38,8
Preta	13	16,7	11	13,8
Parda	45	57,7	35	43,8
Amarela	3	3,8	2	2,5
Indígena	1	1,3	0	0,0
Outro	0	0,0	1	1,2
<b>Gênero</b>				
Feminino	64	82,1	64	80,0
Masculino	13	16,7	16	20,0
LGBTQIA+	1	1,3		0,0
<b>Cidade/Região</b>				
Domicílio	67	71,2	80	100,0
Fora de área	10	12,8	0	0,0

Fonte: Elaboração própria com base em entrevista realizada em 02 de junho de 2022.

Os resultados e as discussões foram estruturados de maneira a apresentar primeiro os dados da Candangolândia e em seguida da Vila Planalto. As quatro primeiras variáveis são de ordem sociodemográficas e foram agrupadas numa única tabela. Às demais foram representadas em gráficos.

Na Candangolândia, a faixa etária de maior representatividade foi 41 a 50 anos, correspondendo a 25,6% dos participantes, este público costumeiramente frequenta a UBS em busca de atendimentos devido a problemas de saúde crônicos, exames preventivos, trocas de receitas, atividades educativas e outras. Em seguida a faixa etária de 51 e 60 anos correspondeu a 21,8% dos entrevistados: normalmente buscam atendimentos semelhantes ao grupo anterior. A faixa etária de 31 a 40 anos representou 19,2%: são pessoas que frequentam a UBS para os atendimentos das pequenas urgências e exames preventivos. As pessoas com 61 anos e mais correspondem a 16,7%. A faixa etária de menor ocorrência foi a de 21 a 30, 12,8% normalmente são as pessoas atraídas por exames de prevenção e de pré-natal.

Não houve representatividade na menor faixa etária de 18 a 20 anos. Trata-se de um fator que merece atenção por parte dos profissionais, por serem pessoas jovens que por alguma razão não estão sendo captadas ou atraídas pelas eSF.

Os dados da Vila Planalto que apresentam uma certa semelhança.

Na Vila Planalto constatou-se que: o grupo de maior prevalência foi das pessoas com idade de 51 a 60 anos (26,2%); seguido pela faixa etária de 41 e 50 anos (22,5%); na faixa etária de 21 a 30 anos (20%). Por último, foi o grupo de 61 anos ou mais (12,5%).

No que diz respeito à raça/cor da pele, verificou-se que as respostas corresponderam ao que foi publicado pela PDAD do DF. Na Candangolândia, 57,7% das pessoas participantes se consideram pardas, 20,5% se consideram brancas; e 16,7% consideram-se negras. Na Vila Planalto, 43,8% dos participantes se consideram pardos; seguido por 38,8% que se consideram brancos e 13,8% se consideram negros.

O resultado encontrado acima, de acordo com Pimentel (2011), este perfil reflete na caracterização das pessoas de maior predomínio na utilização dos serviços das UBS. O estudo do perfil da população pertencente à área é importante para a organização da oferta dos serviços.

Na Candangolândia, o predomínio dos participantes foi do gênero feminino representando 82,1% da amostra. O gênero masculino 16,7% e 1,3% eram do grupo LGBTQIA+. Na Vila Planalto 80% das pessoas se declararam do gênero feminino e 20% do gênero masculino.

Neste ponto observa-se que a população masculina está em menor número em relação ao sexo feminino, representando um comportamento de risco para a saúde dos homens. Esta variável do tipo de gênero, poderia ter sido melhor explorada, se as entrevistas tivessem sido realizadas nos horários estendidos das UBS, de segunda à sexta-feira das 7h às 19h e aos sábados pela manhã das 7h às 12h.



De acordo com Lemos (2017), a resistência da população masculina em procurar atendimento de saúde, se deve a fatores culturais, valores sociais relacionados à fragilidade, desinformação ou até mesmo por falta de estratégia das unidades de saúde para atrair este público.

As experiências do dia a dia, mostram que culturalmente os homens saudáveis e economicamente ativos possuem uma certa resistência na participação de atividades de promoção e prevenção de doenças comumente realizados na UBS (ALVES, 2011).

Destaca-se que durante a entrevista um dos participantes enfatizou que o motivo de estar ali era unicamente em decorrência do processo de complicação da COVID-19, do contrário não estaria ali.

Em relação à população LGBTQIA+ não foi observado insatisfação em relação ao acesso à UBS, que demonstrou a preferência pelo ambulatório recentemente estruturado pela SES-DF.

Na Candangolândia, apenas 7,2% dos entrevistados, moram no território. Enquanto na Vila Planalto 100% das pessoas são moradoras do local, a maioria dos entrevistados moram no território há vários anos.

A eSF trabalha com ações dirigidas à população adscrita em território definido, sobre as quais assumem responsabilidade sanitária. Para a continuidade das ações é preciso que haja vinculação com a comunidade local, em alguns casos é possível que atendam populações itinerantes, pelo princípio da equidade, as equipes devem se responsabilizar pela assistência destas pessoas enquanto permanecerem no território (PNAB, 2017).

A coordenação do cuidado é um importante atributo da Atenção Primária, na prática representa a continuidade do cuidado nas diferentes linhas de cuidados e de forma longitudinal. Conhecer as demandas da população local e sua realidade são fundamentais para a construção do diagnóstico situacional, organização da oferta de maneira que seja condizente com a realidade do território (ALMEIDA, 2018).

Em se tratando de acesso geográfico, as duas UBS possuem ótima localização geográfica, sendo contempladas com linhas e paradas de ônibus bem próximas.

**Gráfico 1** - Percentual (%) de usuários que identificaram dificuldades do acesso antes da ESF



Fonte: Elaboração própria com base em entrevista realizada em 02 de junho de 2022.

A maioria dos entrevistados, registraram em proporções semelhantes em relação à dificuldade do acesso na ordem que se segue: dificuldade no agendamento de consultas, demora da fila de espera, o horário de funcionamento e ausência de profissionais.

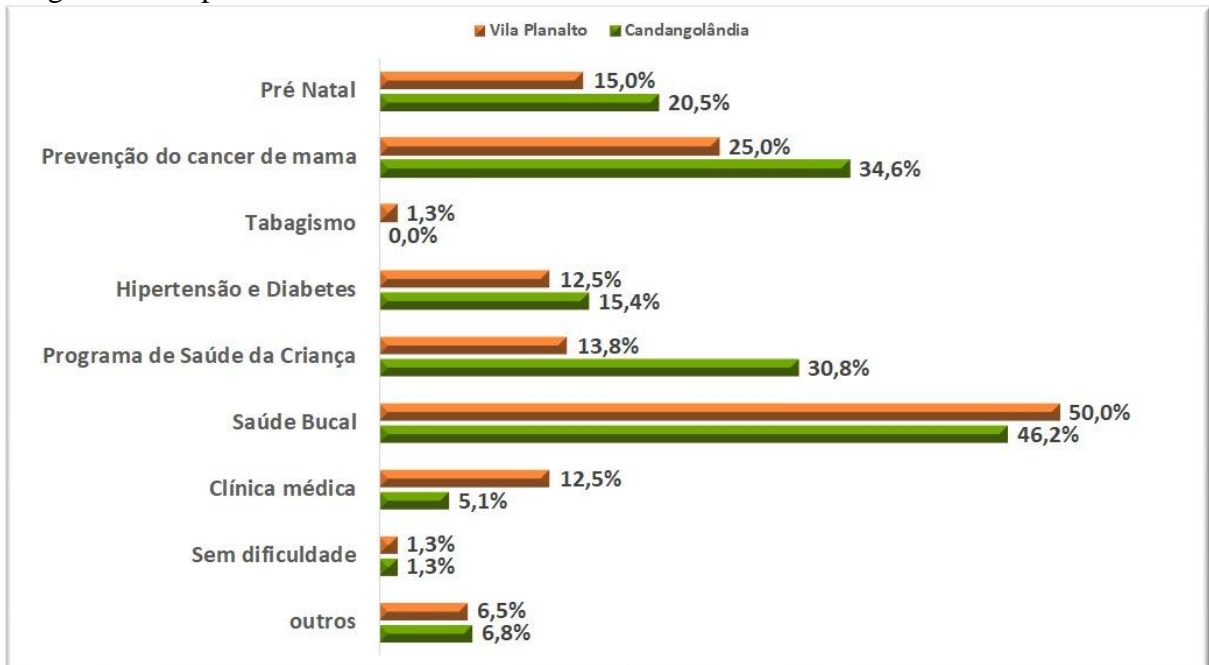
Observou-se o quanto era difícil o acesso na época do modelo tradicional, que predominou no país por décadas, com alta taxa de demandas reprimidas dos territórios dos antigos Centros de Saúde. À época gigantescas filas para agendamento de consultas eram observadas, obrigando os usuários do serviço a madrugar na fila, para que conseguissem um atendimento.

A fila era a forma mais democrática de acesso às agendas médicas. No formato tradicional, as UBS trabalham com três especialidades médicas, o Ginecologista, Clínica médica e Pediatra. Os critérios de prioridade eram estabelecidos pela ordem de chegada na fila. Frente a insuficiência de vagas as pessoas buscavam outras formas de atendimentos nos ambulatórios dos hospitais.

O absenteísmo ou ausência do profissional foi citado pelo usuário como barreira de acesso, estudos tem mostrado que esta é uma dificuldade enfrentadas em diferentes níveis assistenciais no país. Além dos afastamentos previstos pela legislação, o adoecimento físico, e fatores relacionados ao ambiente, como a sobrecarga de trabalho têm desencadeado doenças físicas, psicológicas e mentais nos trabalhadores da saúde (GEHRING, 2007).

O afastamento prolongado do profissional, faz com que o usuário seja reconduzido para a fila de espera. Por fim, o absenteísmo nas agendadas médicas, provavelmente devido ao esquecimento da data prolongada do agendamento também é preocupante.

**Gráfico 2** - Percentual (%) de usuários que manifestaram as dificuldades no acesso aos Programas na época do Modelo Tradicional



Fonte: Elaboração própria com base em entrevista realizada em 02 de junho de 2022.

Diferentemente da ESF, o Modelo de Atenção Tradicional visava uma assistência focada em programas de atenção à saúde (CHAZAN, 2021). Observa-se que a assistência odontológica foi a mais escassa. Em seguida a assistência à saúde da mulher para realização de exames importantes de prevenção ao câncer de colo uterino e de mama, ao pré-natal também não eram priorizados. Outros serviços citados foram: hipertensão e diabetes e clínica médica.

Observa-se semelhanças nos dados em relação à dificuldade de acesso para a assistência odontológica, anteriormente à ESF os profissionais da odontologia trabalhavam com o macro território e por demanda espontânea baseada na urgência, e certamente não era possível contemplar boa parte das pessoas que careciam de atendimento.

Na vigência do PSF, a Odontologia passa a trabalhar no formato de Equipe de Saúde Bucal (eSB). Nesta fase, o atendimento passou a ser realizado com adscrição de clientela e definição do território. Essas diretrizes orientam a assistência e no planejamento das ações. A

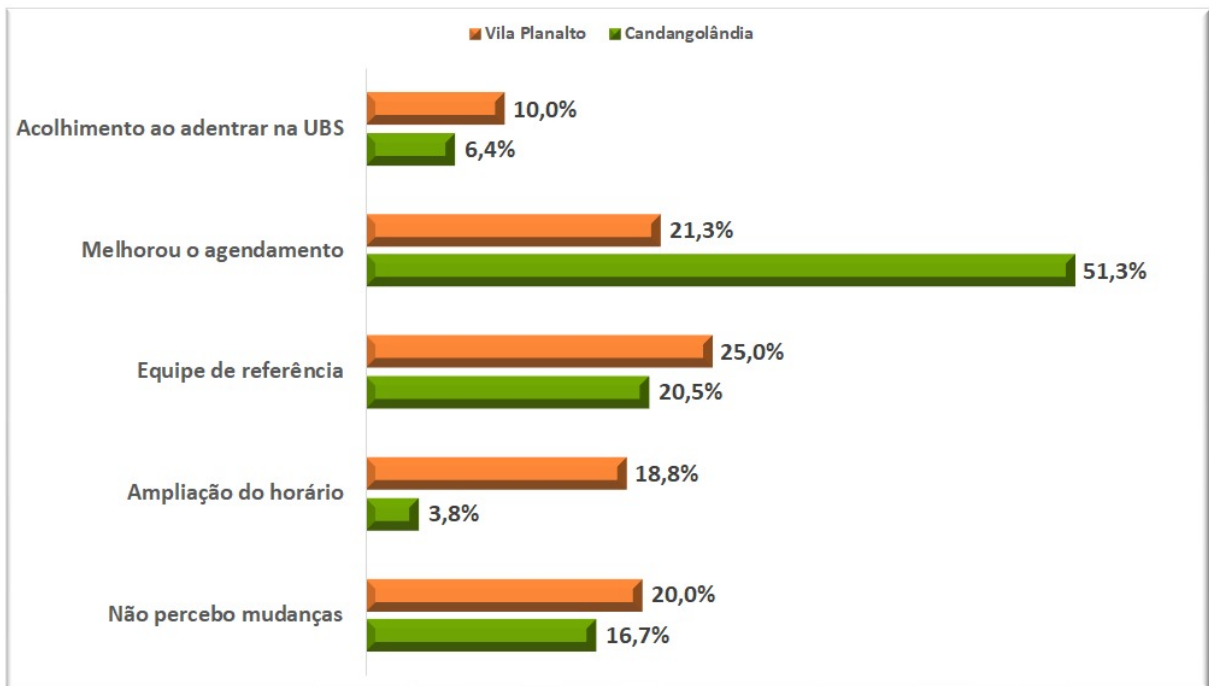
vinculação com as eSB como um componente da ESF representou um grande avanço na saúde pública e para toda a população brasileira, urbana, rural, ribeirinhas, indígenas, quilombolas e outras áreas de difícil acesso (LOURENÇO, 2009).

Com o advento da ESF, muda-se o foco da assistência odontológica para as ações preventivas com abrangência para a coletividade que assegura resultados positivos a curto, médio e longo prazos. A assistência odontológica, não se difere das demais quanto a necessitando do fortalecimento da Rede, necessita da estruturação dos Centros de Especialidades Odontológicas com atuação de retaguarda e da organização do sistema de referência e contrarreferência (MELLO, 2014).

A ESF é um modelo diferenciado dos demais, a organização do serviço tem um grande peso e a agenda do profissional de nível superior (médico, enfermeiro e odontólogo) tem uma enorme representatividade no acesso. As ações devem ser planejadas de maneira a contemplar os atendimentos por demanda programada focada no controle de doenças crônicas, assistência ao pré-natal, atenção à saúde da criança e demais programas; atendimento à demanda espontânea, as urgências, visita domiciliar, educação permanente, reunião de equipe e atividades administrativas. Esse tipo de organização deve ser pensado de modo a não comprometer a atenção ao usuário, principalmente nas questões que envolvem atendimentos não programados.

A lógica do Acesso Avançado traz uma perspectiva positiva não somente para a APS, pois o fato de atender as chamadas pequenas urgências no mesmo dia preferencialmente, contribui significativamente na redução da superlotação das unidades de pronto socorros hospitalares (VIDAL, 2013).

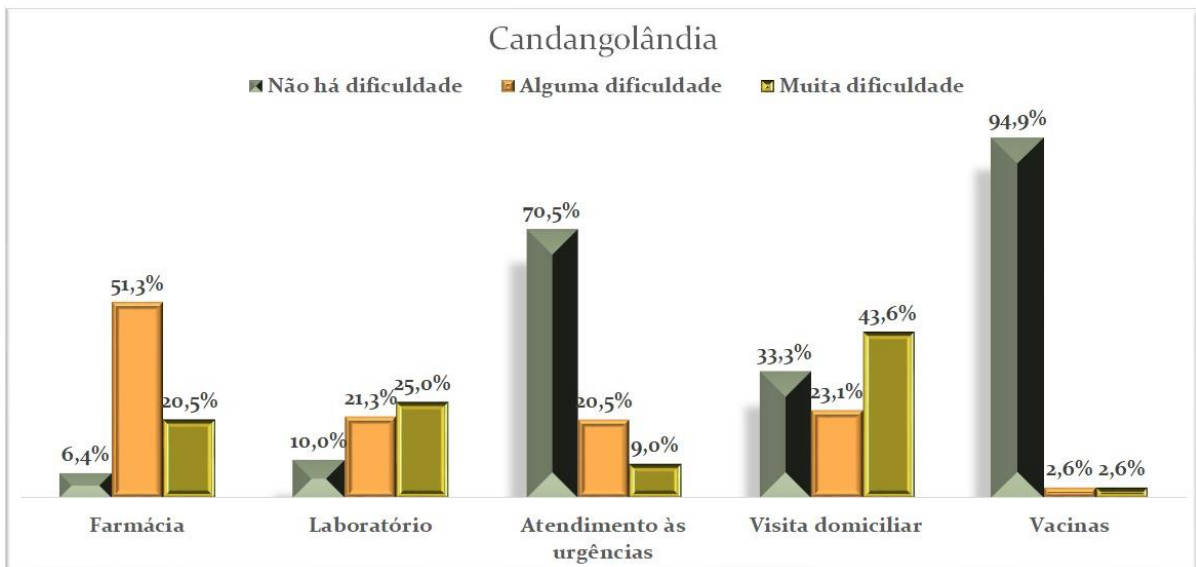
**Gráfico 3** - Percentual (%) de usuários que identificaram melhorias no acesso com novo modelo de atenção no DF.



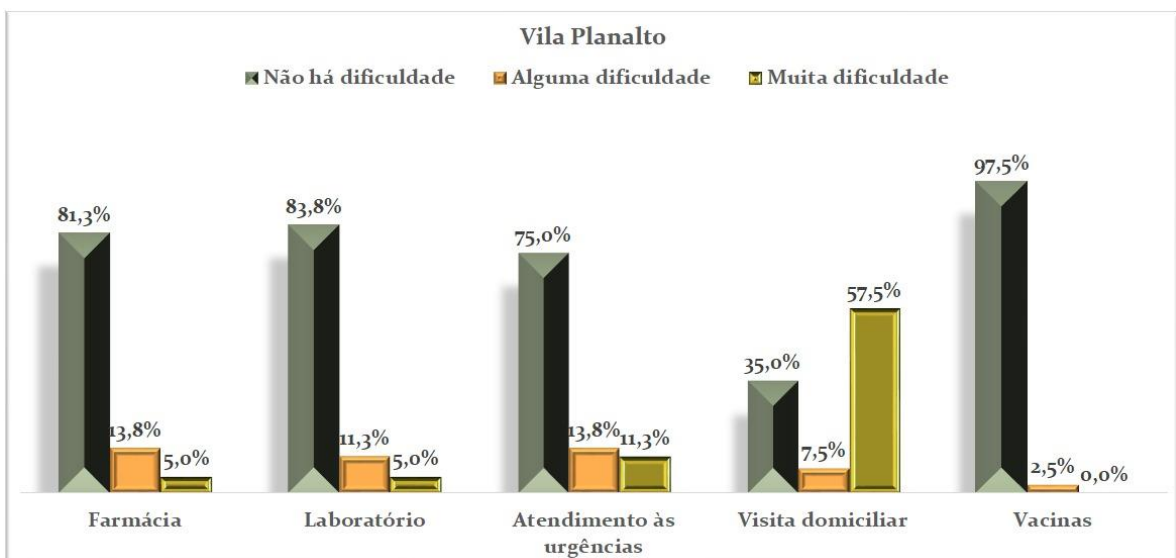
Fonte: Elaboração própria com base em entrevista realizada em 02 de junho de 2022.

No que diz respeito a melhorias do acesso, verificou-se que a maioria das pessoas de ambas as unidades reconhecem melhorias no agendamento das consultas, possivelmente por não existir mais dias específicos para o agendamento. A ESF é um modelo organizado, e necessariamente deve chegar ao conhecimento da população acerca do processo de organização do atendimento.

É importante destacar que algumas pessoas entrevistadas apontaram que não perceberam mudanças entre o modelo tradicional e a ESF, isso se deve à não observância da nova estrutura ou na existência de algum grau de insatisfação em relação ao atendimento. Entende-se que esta questão possa ser minimizada com a melhoria dos canais de comunicação entre as equipes e a comunidade.

**Gráfico 4 - Grau de dificuldades para acessar os serviços da UBS Candangolândia**

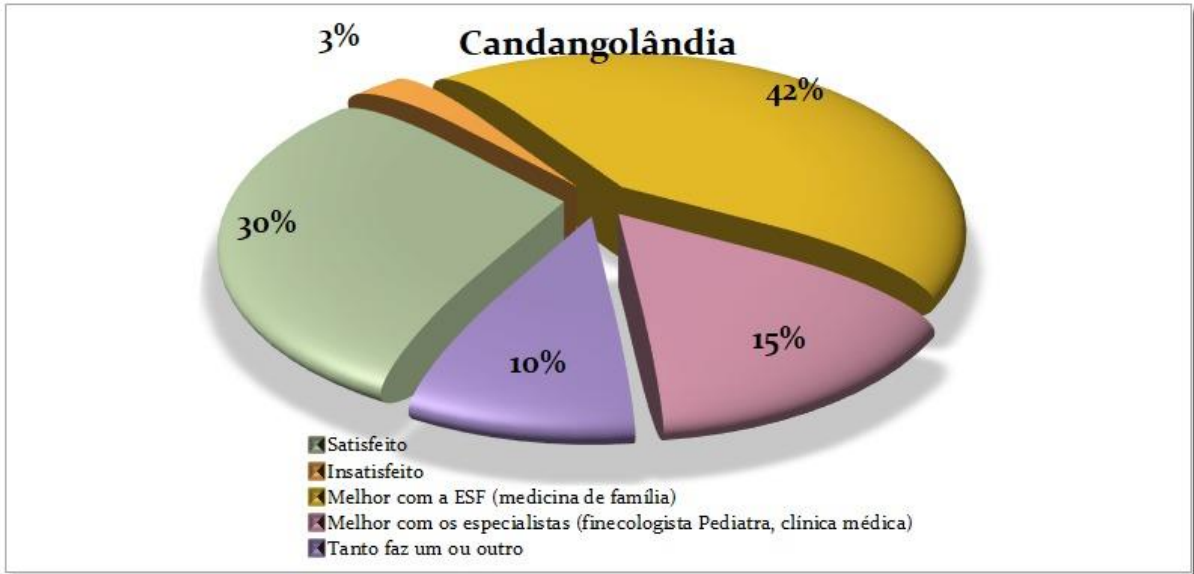
Fonte: Elaboração própria com base em entrevista realizada em 02 de junho de 2022.

**Gráfico 5 - Grau de dificuldades para acessar os serviços da UBS Vila Planalto**

Fonte: Elaboração própria com base em entrevista realizada em 02 de junho de 2022.

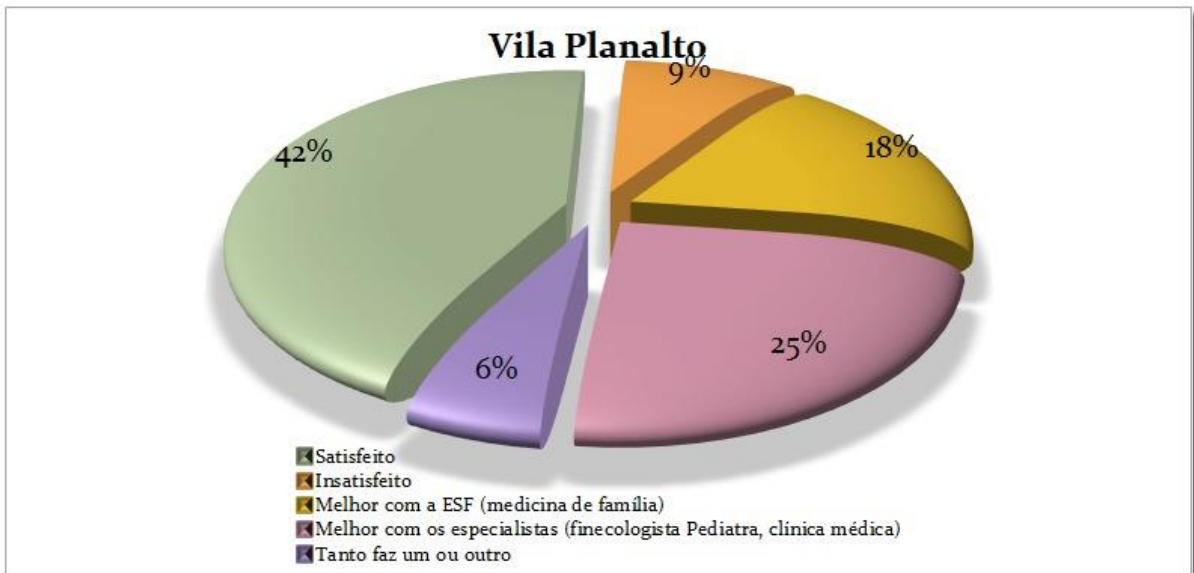
Na análise dos dados das duas unidades do estudo, observou-se que para a maioria das pessoas, não há dificuldades de acesso aos serviços disponíveis na UBS, contudo fica evidenciado que a maior dificuldade é em relação à visita domiciliar. A dificuldade da realização da visita domiciliar é evidenciada na fala das pessoas. A falta ou a quantidade insuficiente de ACS é evidenciado.

**Gráfico 6** - Avaliação do usuário da UBS Candangolândia em relação ao atual modelo de ESF.



Fonte: Elaboração própria com base em entrevista realizada em 02 de junho de 2022.

**Gráfico 7**- Avaliação do usuário da UBS Vila Planalto em relação ao atual modelo de ESF.



Fonte: Elaboração própria com base em entrevista realizada em 02 de junho de 2022.

A maioria dos entrevistados registraram que a Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a melhor opção, representando alto índice de satisfação dos usuários em relação ao

atual modelo. Atualmente tem se observado que a MFC está se consolidando não somente na Saúde Pública, mas também os sistemas de saúde privados.

A história da MFC teve seu início em países europeus e tem mostrado aos sistemas de saúde que as ações preventivas e a facilidade do acesso para o usuário o mais próximo do domicílio produz resultados satisfatórios na prevenção das doenças crônicas, doenças preveníveis, reduz agravos individuais e nas comunidades independentemente da classe social, faixa etária, gênero, condição de saúde e do local (WONCA, 2002).

A ESF conduz para uma melhor interação entre o serviço de saúde e a comunidade, abrindo espaços para a comunidade não somente no que diz respeito ao controle social, mas como pessoas pertencentes e responsáveis por suas condições de saúde.

Embora o nível secundário seja almejado por muitos usuários, contudo, é necessário ser acessado em tempo hábil. Observa-se o saudosismo entre os entrevistados, resultante das dificuldades enfrentadas quando são encaminhadas para o especialista, por não saberem qual será o tempo de espera. Para os que se mostram insatisfeitos, o importante é pensar que a rejeição faz parte do processo da mudança e as críticas podem ser trabalhadas para o alcance de melhores resultados.

Além dos dados apresentados, também surgiram nas falas a importância da qualificação dos profissionais para o fortalecimento da assistência e da rede do primeiro contato, acrescida da necessidade da estruturação de outros níveis de atenção, como a atenção secundária.

## 6.2 A VISÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE ACERCA DO ACESSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS O CONVERTE

Em cumprimento aos objetivos desta pesquisa, buscou-se analisar qual é a visão dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) em relação ao acesso aos serviços das UBS que trabalham atualmente.

Na UBS da Candangolândia, dentre as cinco equipes três foram contempladas com profissionais médicos pertencentes ao Programa de Residência Médica da Universidade de Brasília-UNB, há três eSB na unidade.

As equipes da UBS da Vila Planalto, possui o percentual mínimo estabelecido pela PNAB e duas eSB.

Observou-se que ambas as unidades estão com o número de ACS reduzido, apresentam problemas estruturais, falta espaços físicos que possa proporcionar tranquilidade



e maior conforto na prestação da assistência. As equipes normalmente dividem a área da recepção e salas da pré-consulta. A enfermagem e médicos fazem o compartilhamento do mesmo consultório sob o regime de escalas de atendimento. As demais dependências são as áreas comuns (sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização e a sala de atividades coletivas.

A aplicação desta pesquisa ocorreu no período da elevação da incidência de novos casos de Covid-19, com vários profissionais de saúde doentes e afastados das atividades, justificando a baixa adesão.

**Tabela 3** – Características dos profissionais das UBS Candangolândia e Vila Planalto.

Variável	Candangolândia		Vila Planalto	
	N	%	N	%
Participação na pesquisa	13	80,3%	12	75,0%
Não participaram	3	18,7%	4	25,0%
<b>Profissão</b>				
Médico (a)	4	30,8%	1	8,3%
Enfermeiro(a)	2	15,4%	7	58,3%
Técnico de Enfermagem	7	51,8%	4	33,3%
<b>Tempo de Serviço - ESF</b>				
1 a 4 anos	6	46,2%	4	33,3%
5 a 9 anos	2	15,4%	4	33,3%
10 a 14 anos	3	23,1%	2	16,7%
15 a 19 anos	1	7,7%	0	0,0%
20 anos e mais	1	7,7%	2	16,7%
<b>Formação ESF</b>				
Curso de formação Técnica	0	0,0%	1	9,1%
Especialização	5	38,5%	8	72,7%
Mestrado Profissional	0	0,0%	0	0,0%
Residência	1	7,7%	1	9,1%
Doutorado	0	0,0%	0	0,0%
Nenhuma	7	53,8%	1	9,1%

Fonte: Elaboração própria com base em entrevista realizada em 02 de junho de 2022.

A tabela acima registra em ambas as UBS grande parte dos profissionais trabalham na APS há menos de 5 anos. Considerando-se que a implantação do ConverteAPs teve seu

início a partir de 2017, provavelmente estes profissionais possam ter migrado de outros níveis de atenção, como os ambulatórios ou da assistência hospitalar. Há também uma boa representatividade de profissionais que atuam na APS há mais de 10 anos, certamente trabalharam no modelo tradicional. Apesar de não ter sido mensurado, observa-se que a enfermagem representa a maioria dos profissionais que prevalecem na UBS há mais de 20 anos.

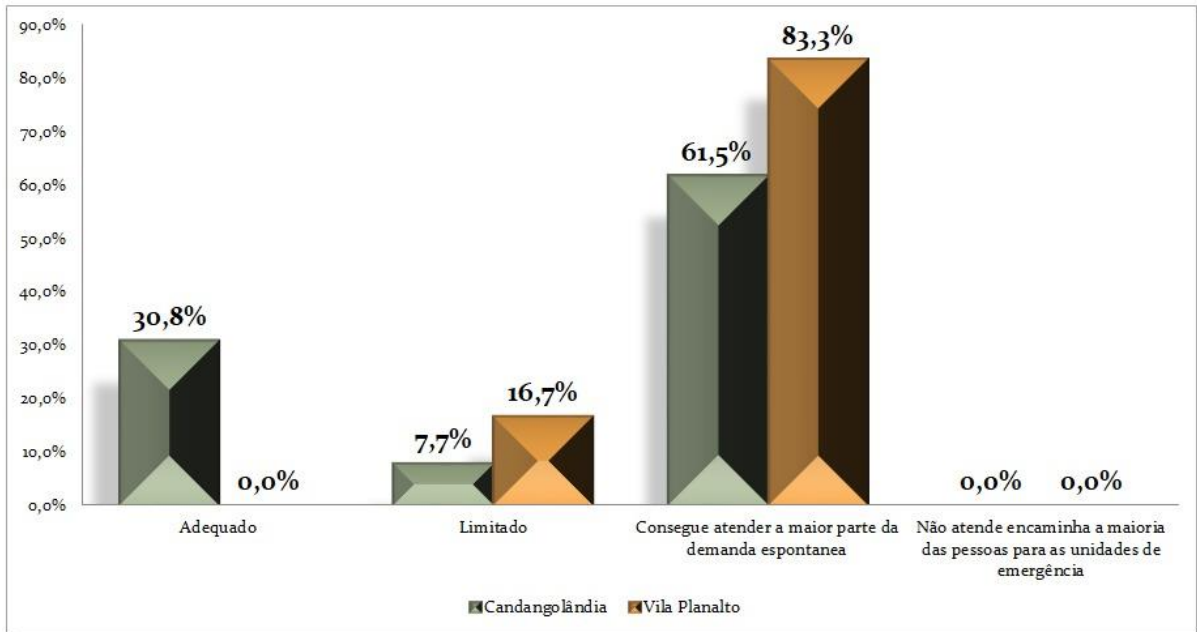
Na UBS da Candangolândia, a maioria dos profissionais (53,8%) ainda não possuem formação ou qualificação para trabalhar na ESF. Em relação aos servidores da Vila Planalto 72,7% dos servidores possuem curso de Especialização.

Observa-se que há profissionais atuando na ESF sem qualificação, tendo o gestor um papel primordial no incentivo da implementação das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) local.

As instituições de ensino vinculadas ao SUS desenvolvem programas de formação e de qualificação profissional com oferta de cursos de especialização, residências e mestrado profissional. A qualificação do profissional promove transformação do saber e repercute diretamente na assistência da qualidade na assistência, somadas às ações de EPS desenvolvidas localmente fortalecem a aprendizagem, qualificam a assistência, aumentam a segurança na assistência e melhora o desempenho das práticas (CAMPOS, 2017).

Devido ao avanço da pandemia, as ações de EPS presenciais ficaram estagnadas, que cujos espaços permanentes de diálogo, com a retomada das reuniões das equipes devem ser reestabelecidos em breve.

**Gráfico 8** - Visão do profissional em relação ao ACESSO do usuário aos serviços da UBS Candangolândia



Fonte: Elaboração própria com base em entrevista realizada em 02 de junho de 2022.

Na visão dos profissionais da UBS da Candangolândia, as equipes conseguem atender a maior parte da demanda espontânea, entendem que o acesso para o usuário na ESF é adequado, embora a menor parte ainda acredite que o acesso é limitado.

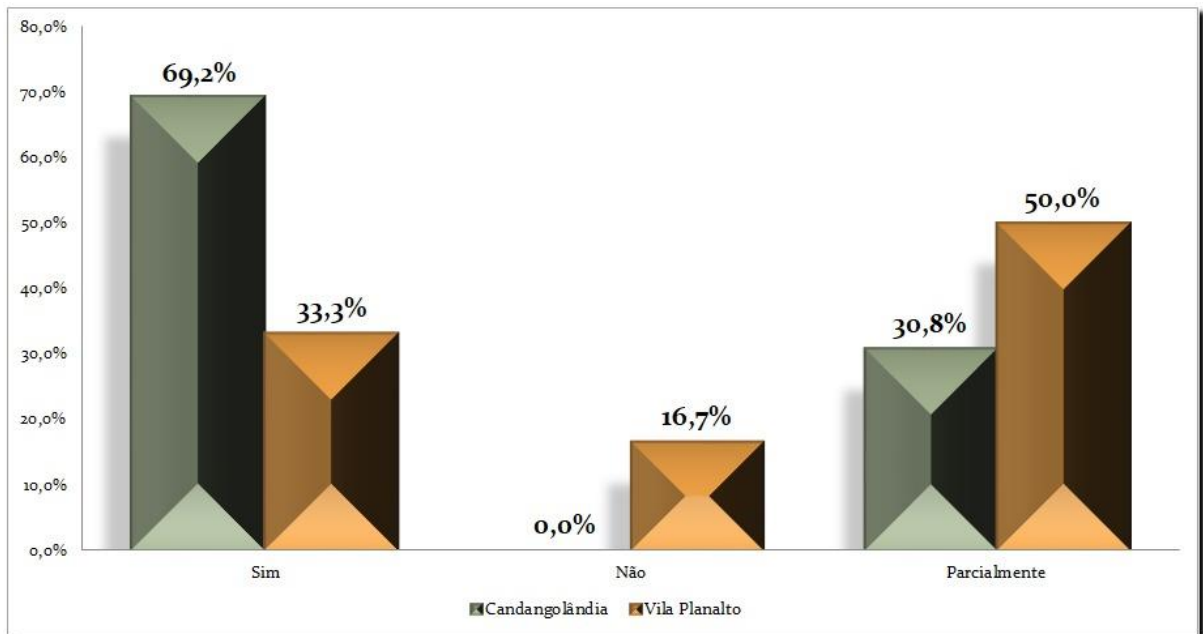
Na Vila Planalto, a maioria dos profissionais entrevistados compreendem que a equipe atende a maior parte das pessoas por demanda espontânea. Enquanto a minoria entende que ainda há limitação de acesso na UBS e não houve manifestação quanto ao fato do modelo ser adequado para a população.

Por décadas, as UPA e de prontos-socorros estão com a capacidade de atendimento extrapoladas devido a uma APS desestruturada e inacessível às pessoas, nas urgências básicas, resultando no fluxo invertido e nas demandas drenadas para o ambiente hospitalar. É possível que a ESF trabalhe com as agendas dos profissionais de maneira que não priorize apenas as demandas programadas, mas que possa atender os casos agudos.

Com a expansão da APS, até mesmo os territórios mais distantes foram beneficiados com as eSF, com isso os atendimentos às demandas urgentes ficaram mais factíveis e inclusive favoreceram o acesso para as demandas programadas.

É necessário trabalhar para que haja transformação da mentalidade do usuário e também de alguns profissionais de saúde a saber que os hospitais não possuem mais a função de “guarda-chuva”, acolhendo aos casos de maior gravidade. A ESF tem experimentado um momento diferente com pandemia, com aumento nas demandas e tem se observado a redefinição dos fluxos dos hospitais para a UBS.

**Gráfico 9** - Opinião do profissional em relação a ampliação do ACESSO a partir do ConverteAPS



Fonte: Elaboração própria com base em entrevista realizada em 02 de junho de 2022.

No comparativo dos dois gráficos (8 e 9) acima, observa-se que 69,2% dos profissionais de ambas UBS, concordam que o acesso foi ampliado a partir do ConverteAPS e 30,8% dos profissionais entrevistados acreditam que parcialmente.

Acredita-se que há a necessidade de alinhamento e ajustes de condutas para a melhoria do processo de trabalho. Ao longo desses anos a ESF tem se mostrado resolutiva, porém, naturalmente existem limitações. Isso se deve ao momento atual. O aumento das demandas espontâneas em decorrência à Covid-19 tem exercido um forte tensionamento na capacidade de atendimento das demandas espontâneas nas unidades. Além disso, as demais queixas agudas por outras causas e epidemias de importância epidemiológica, também continuam sendo consideradas para os atendimentos.

Apesar da maioria dos participantes entender que houve ampliação do acesso com a ESF, em ambas as UBS, os profissionais registraram importantes ressalvas a serem consideradas pelas equipes e pelos gestores.

Algumas falas atribuíram a responsabilidade do correto funcionamento da ESF à presença do profissional na equipe. Ao mesmo tempo, observa-se uma preocupação em relação ao seguimento da assistência aos pacientes, principalmente na ocorrência do afastamento não programado e prolongado, com a inevitável ruptura do plano terapêutico.

Número reduzido de profissionais para o atendimento, caso o médico de família **se ausente** não tem outro para atender e a pessoa tem que **aguardar** o retorno. (Entrevistado2)

A APS ainda **requer organização**, recursos humanos entre outros motivos para **melhorar o acesso**. (Entrevistado 4)

A equipe consistida é indiscutivelmente essencial para a continuidade da assistência. Na falta do profissional por causas prolongadas representa uma ruptura das ações e quebra o ritmo para o bom desempenho do processo de trabalho.

Ainda falta o **trabalho em equipe** (com as equipes). Equipes atuarem na própria equipe. (Entrevistado 6)

A iniciativa do gestor é fundamental para minimizar estas questões, inevitavelmente na falta do profissional deve-se contar com a contrapartida das demais equipes no atendimento compartilhado.

Muitos **médicos do Converte** tem **resistência** à implementação do modelo de APS proposto pela medicina de família e comunidade. (Entrevistado 4)

Na implantação do Converte foi previsto uma capacitação básica para os profissionais de nível superior que optaram pela adesão ao processo. De acordo com o secretário de Saúde da época a capacitação do Converte não teve objetivo de formar especialistas em MFC, mas oferecer competências básicas para que pudessem atuar na APS, estimulando EPS.

A EPS e a prática do matriciamento destes profissionais, são estratégias que promovem qualificação profissional no local de trabalho mediante a troca de experiências, discussão coletiva de casos e implementação de protocolos.

Atualmente o SUS tem expandido as suas bases tecnológicas para ampliar a oferta do Telessaúde como uma importante ferramenta de apoio diagnóstico para fins de redução de encaminhamentos e evitar diagnósticos tardios.

De acordo com a PNAB, o número de ACS por equipe é definido com base populacional, com critérios demográficos, socioeconômicos e a definição local a depender da dispersão territorial considerando as áreas de risco e vulnerabilidade social. Neste caso a atuação do ACS no território exerce um papel primordial na realização do diagnóstico situacional, realizando visitas domiciliares para as pessoas no domicílio com periodicidade, cadastramento individual, familiar e do domicílio entre outras atribuições.

Observa-se que no DF que o número de ACS por equipe é bastante reduzido por equipe e inevitavelmente o número de visitas domiciliares está abaixo do índice esperado.

O acesso está relacionado à área adscrita pela **difficuldade de cadastro da população e falta ACS**, temos atendido uma população maior e, portanto, **compromete o acesso** da população ao serviço. (Entrevistado 7)

O modelo tradicional focava a atenção no indivíduo, porém de forma fragmentada, com as consultas agendadas mensalmente e diretamente para o especialista. Essa era a maneira que realizavam os agendamentos das consultas devido à falta de estruturação da APS e da estruturação do nível secundário. Até então, não existia uma rede fortalecida, as especialidades estavam pulverizadas nas UBS e nos ambulatórios hospitalares. Apesar das melhorias observadas, ainda se nota na fala do profissional críticas acerca das dificuldades de acesso ao especialista.

**Hoje há muito mais dificuldade para consultas ambulatoriais** por serem em locais distantes, perdeu-se a facilidade de consultas **com especialistas**, o que considero ruim. (Entrevistado 8)

Falta estruturar os **fluxos para os atendimentos fora da UBS** e gestão de RH. (Entrevistado 2)

O **atendimento** poderia ser **misto**. Ter as equipes e manter alguns **médicos especialistas**. (Entrevistado 9)

**A regulação nem sempre é efetiva**. (Entrevistado 11)

No modelo **anterior a UBS tinha especialistas** que conseguiam **atender os usuários de uma maneira mais rápida**, hoje vejo eles esperando muito tempo a consulta e até mesmo **peregrinando** atendimento **por conta da demora**. (Entrevistado 13)

O apoio diagnóstico é essencial para a ESF, é preciso que o nível secundário esteja estruturado como um serviço de retaguarda e exerça um papel permanente de apoio às equipes nos processos de EPS.

Atualmente os serviços de especialidades do DF estão sendo gerenciados pelo Sistema de Regulação- SISREG. Por trata-se de uma ferramenta de gestão on-line, facilitadora do Acesso para a marcação de consulta e exames especializados. Foi produzida pelo MS atualmente está disponibilizada à todas as Secretarias de Estado de Saúde para utilização obrigatória pelos Estados e Municípios. A finalidade do SISREG é unicamente para gerenciamento dos encaminhamentos médicos da APS para a Atenção Especializada. Os encaminhamentos médicos eletivos passam por uma Central de regulação, composta por médico regulador que analisa as solicitações guiados pela classificação de risco e pelos princípios da Equidade e Integralidade (BRASIL, 2017).

A SES-DF possui um complexo regulatório que gerencia as demandas por especialidades, com suas bases sendo expandidas no sentido de não apenas qualificar a fila das prioridades, mas também organizar e democratizar o acesso aos serviços. As especialidades são gerenciadas em três panoramas diferentes, tendo como base as especialidades que possam ser ofertadas em nível Regional, Estadual e Nacional.

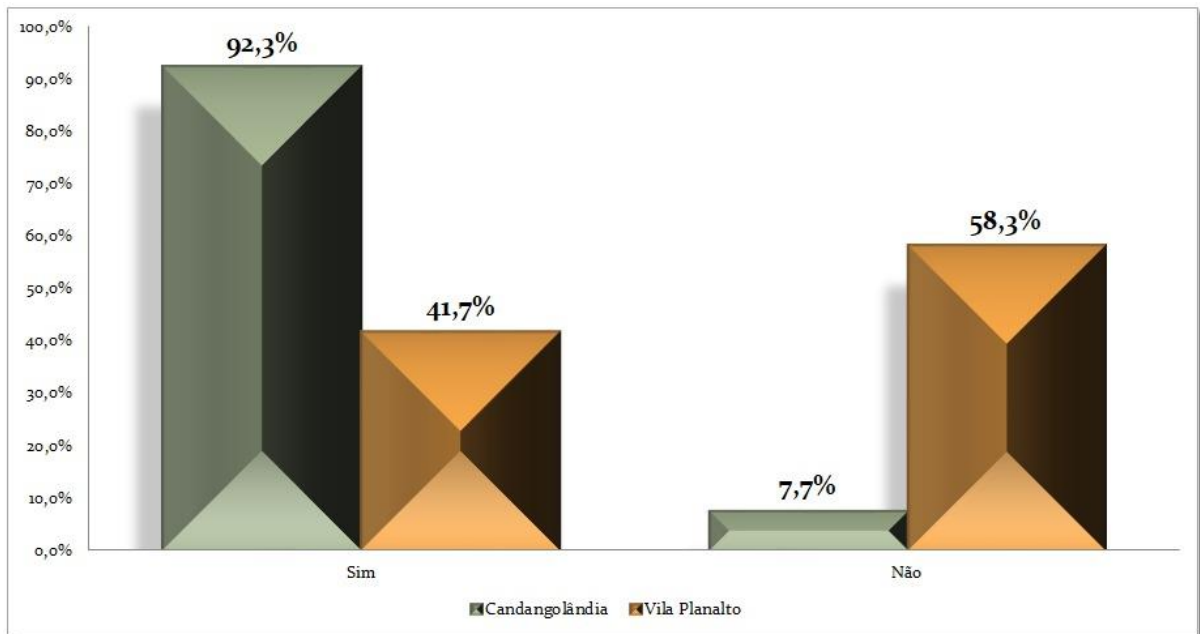
A Equidade e a integralidade são princípios norteadores do Sistema de Regulação, sendo cada solicitação classificada por prioridade, independente do serviço a que se destina, seja para consultas de especialidades, procedimentos ambulatoriais de baixa, média ou alta complexidade, exames de apoio diagnóstico e outros. Todos passam pela avaliação do profissional do complexo regulatório. No entanto, somados ao sistema de gerenciamento e fluxos bem elaborados é necessário que haja condições de acesso e oferta de serviços a serem acessados pela população.

Nas falas dos entrevistados, observou-se que o profissional de saúde apesar do saudosismo, externou as suas impressões provavelmente mediadas pelas queixas mais comuns dos usuários.

Nem sempre o usuário tem a clareza acerca do funcionamento dos sistemas de informações do SUS, embora saibam de sua existência. Por exemplo o SISREG, no qual não há divulgação para o público acerca dos elementos orientadores para o acesso do tipo: posição na fila de espera, prazos e pendências.



**Gráfico 10** - Opinião do profissional em relação ao trabalho na lógica do Acesso Avançado ("Atendimento no mesmo dia")



Fonte: Elaboração própria com base em entrevista realizada em 02 de junho de 2022.

No que diz respeito ao Acesso Avançado, 92,3% dos profissionais da Candangolândia entendem que a UBS trabalha na lógica, enquanto que 7,7% responderam que não atendem nos moldes do Acesso Avançado. Na Vila Planalto 58,3% dos profissionais registraram que não trabalham na lógica do Acesso Avançado. Enquanto 41,7% compreendem que os atendimentos são realizados no mesmo dia.

### 6.3 Sobre a experiência de trabalho com Acesso Avançado:

A demora do agendamento das consultas foi o ponto focal da insatisfação do usuário. Com base nesta problemática o profissional atribuiu essa ocorrência à sobrecarga das agendas e nas dificuldades que as equipes têm no cadastramento, acreditando que possa existir uma quantidade de pessoas em número maior ao preconizado vinculadas às equipes. Neste caso a demanda é maior que a capacidade de oferta das equipes, podendo levar à sobrecarga das agendas.

O acesso avançado é uma modalidade de atendimento bastante eficaz para as demandas espontâneas, independentemente se o caso requer urgência ou não, na qual o atendimento poderá ser viabilizado para o mesmo dia ou no máximo em até 48 horas. Não se tem a certeza de que possa ser uma estratégia de atendimento divulgada no meio da APS,



contudo é necessário que as equipes recebam o suporte por parte da gestão na estruturação do serviço de Acolhimento, estruturado como espaço da escuta qualificada com capacidade de estratificação de riscos. (VIDAL, 2013).

Nosso **acesso** é bastante **amplo**. Foi um **grande avanço** para a população sendo **resolutividade** à sua necessidade. (Entrevistado 1)

**Acesso avançado** conferiu à equipe maior **eficiência** para prover o acesso. (Entrevistado 3)

**Acesso avançado**, porém, **limitado, nunca parece ser suficiente** o número de vagas, se a pessoa não **chegar cedo** não consegue ser atendido no mesmo dia. (Entrevistado 4)

Todos os pacientes que procuram a unidade são acolhidos nas ESF como uma **escuta ativa** e atendimento com a enfermeira e; ou médico de acordo com a sua demanda. (Entrevistado 5)

Democratização do atendimento e **resolutividade** rápida. (Entrevistado 6.)

Absorvermos a maior parte da **demanda espontânea**, garantido "**porta aberta**" para o usuário. Além disso, durante o atendimento tentamos atender a grande maioria das queixas para que o paciente saia da unidade com seus problemas resolvidos, ou seja, um **atendimento resolutivo**. (Entrevistado 7)

**Aumenta o acesso, diminui a demanda reprimida, evita diagnósticos tardios**. (Entrevistado 9)

Acho válido porque o paciente já **resolve** logo a sua demanda, seja ela aguda ou não. (Entrevistado 10)

A equipe **atende** toda a demanda **do dia no mais no outro dia**. (Entrevistado 13)

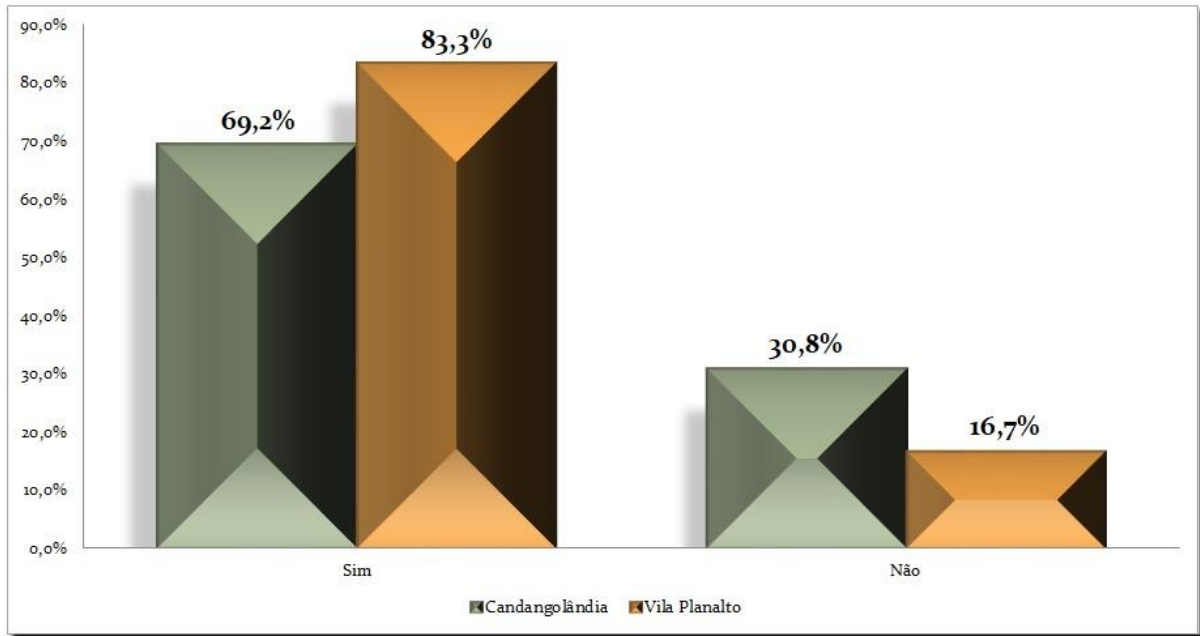
Tentamos proporcionar o atendimento no mesmo dia, porém **não** necessariamente **pela equipe responsável** pelo paciente, e não conseguimos agendamento para o mesmo dia. **Procura ainda maior que a oferta**. (Entrevistado 9)

**Há uma equipe** de técnico, enfermeiro e médico **em todos os horários de funcionamento**, para atendimento e orientação da demanda espontânea. (Entrevistado 7)

A gestão das agendas dos profissionais das equipes é uma forma de organização do processo de trabalho de grande relevância para o cotidiano e pode determinar a capacidade de resolutividade das equipes frente as demandas agudas e não programadas. O atendimento das demandas não programadas pode ter impacto na redução do absenteísmo das pessoas nas

consultas programadas para longos dias e o mais importante, desafoga as portas superlotadas dos prontos socorros hospitalares.

**Gráfico 11** - Opinião do profissional da existência de falhas no processo de trabalho como fator dificultador do acesso



Fonte: Elaboração própria com base em entrevista realizada em 02 de junho de 2022.

Na Candangolândia, 69,2% julgam que existem falhas no processo de trabalho da unidade e 30,8% acreditam que não há falhas no processo de trabalho.

Na Vila Planalto 83,3% dos profissionais entrevistados disseram que existem falhas no processo de trabalho, enquanto 16,7% entendem que não há falhas.

A organização do processo de trabalho nas unidades é um dos fatores que influenciam diretamente na qualidade da assistência, uma das formas de aperfeiçoar é o alinhamento das estratégias entre o gestor e servidores. Além da necessidade da apropriação dos servidores acerca das rotinas e dos fluxos assistenciais, a boa convivência no ambiente de trabalho pode ressignificar com uma certa leveza as relações de trabalho.

**Falta um fluxograma** de acolhimento **bem definido** e padronizado para todas as equipes, para que todos tenham **uma comunicação mais efetiva** e o usuário conheça todas as suas possibilidades de acesso. (Entrevistado 6)

Outras questões que estão ligadas ao processo de trabalho, são as condições de trabalho e a ambiência, quando não são ajustados desencadeiam desgastes físicos e mentais, como o cansaço e a falta do prazer de estar no trabalho. Estes focos podem ser minimizados,

aumentado o conforto no ambiente de trabalho, provisão de insumos, dimensionamento adequado dos recursos humanos, aquisição de equipamentos necessários para a prestação do cuidado segura, revisão das rotinas de forma colegiada, adequação do espaço físico para os atendimentos e demais atividades.

Hoje temos uma **demanda** muito **além do preconizado** 4000 habitantes por área. Por falta de cadastramento adequado e falta do ACS não conseguimos a real. População dificultando o acesso adequado por muitas vezes não realizadas no mesmo período do acesso de usuários. (Entrevistado 1)

Experiências mostram que o trabalho numa pandemia ainda em vigência, representou para os profissionais de saúde uma elevação extraordinária no nível do estresse e conseqüentemente desencadeou sérias mudanças no cotidiano das equipes.

A remodelagem da assistência e da ambiência no nível primário foi imprescindível, a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede foi resultado de trabalho árduo para reassumir o seu papel na condução dos atendimentos das pessoas afetadas pela covid-19 e das causas agudas sem perder o foco para as atividades de promoção e prevenção.

**Fluxo** muito **grande** de usuários- **Demanda** muito **grande**. (Entrevistado5.)

**Não funcionamos como estratégia e sim como UPA.** (Entrevistado 18)

**Sobrecarga** das equipes, limitação de pessoas para constituir as equipes, profissional p/ demanda (exclusivo). **Limitação espaço físico** e adequar a estrutura da UBS. (Entrevistado 13)

Chegando no **número de vagas** consulta no mesmo **período**. (Entrevistado 9)

“O processo de trabalho é reconhecido como um dos importantes pilares para o bom funcionamento das equipes da ESF” é tão importante que é citada por vinte e quatro vezes no texto da PNAB na perspectiva de reorientar as equipes mantendo foco na facilidade do acesso e na resolutividade das ações.

**Precariedade do setor público** (estrutura física, equipamentos...) **recursos humanos insuficientes** para demanda existente, conclusão do cadastro das famílias do território e conseqüente **falta de definição de diagnóstico situacional**. (Entrevistado 19)

**Atendimento no formato de estratégia ainda estamos trabalhando no modelo assistencial.** (Entrevistado 14)

Os processos de qualificação profissional são determinantes para melhoria da qualidade e na resolutividade da atenção, na época do Converte ocorreu de forma muito

incipiente, de fato a carga horária destinada para cada linha de atenção não foi suficiente para uma formação bem fundamentada, isso foi evidenciado na fala dos profissionais reafirmando a necessidade da promoção da EPS na UBS.

**Falta de profissionais qualificados** para tal atendimento **inexperiência dos mesmos**. (Entrevistado 3)

Maior número de profissionais para atender as demandas e **capacitar os profissionais** que atendem na atenção primária, **a maioria não tem a especialização** em saúde da família e não faz o acolhimento como deveria ser feito. (Entrevistado 4)

**Escuta qualificada**, maior número de profissionais. Salas de acolhimento. (Entrevistado 2)

O alinhamento do processo de trabalho com o gestor e a colaboração mútua das equipes na solução das demandas espontâneas e das emergências epidemiológicas, eleva o Acolhimento como o condutor da porta de entrada da UBS (FONTANA, 2016).

No depoimento dos profissionais a seguir, observou-se que a deficiência dos Recursos Humanos interfere diretamente na prestação de serviço à população, destacando-se número insuficiente de ACS nas equipes na realização do cadastramento das pessoas, para o reconhecimento do território e melhor acompanhamento domiciliar das pessoas com dificuldades de locomover-se até a UBS.

Falta de RH: **equipes incompletas e afastamento de servidores**. creio que deveríamos ter servidores para cobrir os **absenteísmos**. Além disso, a falta de cadastramento faz com que tenhamos que atender **pacientes fora de área**. Assim, a quantidade de pessoas atendidas é, efetivo neste mais do que preconiza a portaria 4.000 habitantes por equipe. Tal situação compromete a qualidade e a quantidade de atendimentos. Ou seja, **nem todos os nossos, às vezes, conseguiram**. (Entrevistado 10)

**Organização do serviço**, das áreas, cadastro. (Entrevistado 15)

**Falta de ACS** para realizar a territorialização. E proporcionar melhor atendimento. (Entrevistado 11)

**Os altos índices de absenteísmo profissional** é um dos principais entraves em nossa unidade. (Entrevistado 12)

Às vezes há "**furos**" **na escala de escuta qualificada + atendimento à demanda espontânea**, que poderia ser minimizada com um sobreaviso - enfermeiro ou médico que venham no caso de "furo". (Entrevistado 13)



## 7 CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O SUS representa a maior conquista da sociedade, foi um marco na democracia brasileira e para a vida das pessoas.

A APS é o nível assistencial de maior amplitude do SUS, atualmente tendo um novo significado na vida das pessoas. Sabe-se que os descaminhos existem como em todos os lugares, o que torna a caminhada diferente é o tempo empreendido, quanto menor maiores são as chances de se obter sucesso.

Os usuários e os profissionais de saúde de ambos os cenários da pesquisa de uma maneira geral convergem suas opiniões quando se refere a melhoria do acesso com o advindo da ESF.

O *atendimento* ao usuário trata-se da mais importante missão dos serviços de saúde e consequentemente o *acesso* à UBS conforme o seu significado deve ser livre aos usuários, porém de maneira organizada. Recomenda-se ao gestor se apropriar da organização do serviço. Deve existir como regra comum a todos os serviços de atendimento ao público, na padronização das rotinas e estabelecimentos de fluxos para uma boa orientação dos profissionais na condução dos usuários na Rede.

As *Equipes* de Saúde da Família são as referências na UBS para os usuários, portanto é o ponto focal, não há outra forma de acesso. Nesse sentido, a crítica do usuário do SUS não é diferente dos demais sistemas, o grau de satisfação está diretamente ligado à forma do atendimento recebido.

A dificuldade de acesso ao *especialista* foi bastante abordada pelos usuários e pelos profissionais, nesse sentido a atenção secundária tem um importante papel de retaguarda no apoio diagnóstico para os generalistas e recomenda-se a realização do diagnóstico de cada unidade para conhecer os desafios a serem superados. A estruturação do nível secundário como política de atenção é fundamental para a consolidação da integralidade,

A organização do processo de trabalho das equipes é um fato a ser considerado pelos gestores da APS, observando-se que há a necessidade de direcionar o olhar para as questões estruturais como a adequação das agendas, realização de novos e a atualização dos existentes, otimizar o espaço físico, incentivo para a qualificação profissional. O *Acolhimento* foi muito bem definido pela PNAB, como uma estrutura que grande significância nas UBS e deve ser um ambiente acolhedor não pela estrutura física reservada, mas muito mais pelo *profissional* que a representa.

Nesse tempo pandêmico torna-se palpável a exaustão *do profissional* de saúde que atua na área assistencial. O fato de trabalhar no cuidado daqueles que foram afetados pelas doenças, não torna o profissional diferente das demais pessoas, não há uma superproteção ou uma imunidade diferenciada, são alvos constantes do adoecimento físico e também mental.

Conclui-se ainda que o avanço da pandemia limitou esta pesquisa, contudo, recomenda-se à Secretaria de Saúde do Distrito Federal para que faça a aplicação futura desta proposta em outras UBS e principalmente para a conversão de novas unidades assistenciais que possam ser contadas na ampliação da cobertura de APS nos territórios que ainda são assistidos por Unidades de Saúde de outros assistenciais ou que ainda estão sem referência da ESF. Neste sentido, espera-se que os valentes profissionais de saúde que continuam empenhando suas forças e energias na batalha em tempos pandêmicos possam ser recompensados em suas lutas por melhores condições de trabalho.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, P.F.; Fausto, M.C.R.; Giovanella, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 2, p. 84–95, fev. 2011.
- Almeida, P.F. *et al.* Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 244-260, 2018.
- Alves, R.F. *et al.* Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 152-166, 2011.
- Assis, M.M.A.; Jesus, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, nov. 2012.
- BRASIL. Conferência Nacional de Saúde (CNS). **11ª Conferência Nacional de Saúde: O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Conferência Nacional de Saúde (CNS). **12ª Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sérgio Arouca: saúde: direito de todos, dever do estado a saúde que temos, o sus que queremos**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2003.
- BRASIL. Conferência Nacional de Saúde (CNS). **Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) . **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Secretaria de atenção primária à saúde** Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 3 ago. 2021.
- BRASIL. Distrito Federal. **Plano Distrital de Saúde 2012-2015**. Proposta de expansão da ESF no DF. Brasília, DF, jun. 2012.
- BRASIL. Distrito Federal. **Plano Distrital de Saúde 2016-2019**. Versão aprovada conforme Resolução CSDF N° 457. Brasília, DF, abr. 2016.
- BRASIL. Distrito Federal. **Plano Distrital de Saúde 2020-2023**. Brasília, DF, set. 2019.
- BRASIL. **Fundação Oswaldo Cruz**. Linha do tempo: conferências nacionais de saúde. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>. Acesso em: 1 abr. 2021.
- BRASIL. Governo do Distrito Federal (GDF). Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Distrital de Saúde 2008-2011: diagnóstico situacional, necessidades se saúde e estratégias e enfoques prioritários do Plano de Saúde do DF**. Brasília, DF: GDF, 2008.



- BRASIL. Governo do Distrito Federal (GDF). Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria nº 77, Brasília 14 de fevereiro de 2017**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 1 abr. 2021.
- BRASIL. Governo do Distrito Federal (GDF). Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/documents/37101/45840/Portaria-SES\\_DF-nº-77-2017](http://www.saude.df.gov.br/documents/37101/45840/Portaria-SES_DF-nº-77-2017). Acesso em: 1 abr. 2021.
- BRASIL. **Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)**. Esplanada dos Ministérios, Ministério da Saúde Brasília. Disponível em: [http://idsus.saude.gov.br/indic\\_idsus.html](http://idsus.saude.gov.br/indic_idsus.html). Acesso em: 23 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta Circular nº 4/2020- CONEP/SECNS/MS**. Brasília, 10 de fevereiro de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde: municipalização é o caminho**. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Previne Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Brasília, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. **Política Nacional da Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017>. Acesso em: 23 dez. 2020.
- Brown, T.M.; Cueto, M.; Fee, E. The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 1, p. 62–72, Jan, 2006.
- Campos, K.F.C.; Sena R.R.; Silva K.L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery** 21(4), 2017.
- Canuto, F.V.S. **A conversão do modelo de atenção primária à saúde no Distrito Federal e o médico especialista**. Dissertação (Mestrado Profissional) - Saúde da Família. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Brasília, 2019.
- CARTA de Ottawa: Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 19-28.
- Chazan, C.P.S. *et al.* Avaliação da atenção primária em Sapucaia do Sul: comparação entre o modelo tradicional e a estratégia saúde da família. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 98-109, 2021.

Corrêa, D.S.R. C. *et al.* Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2031–2041, jun., 2019.

Dallari, G.D. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3 p. 9-34. fev. 2009.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE: Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 35-40.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA: Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 33-34.

DECLARAÇÃO DE JACARTA: Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 49-52.

DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ: Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 45-48.

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL: Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 41-44.

Ferraz, A.P.C.M.; Belhot, R.V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 421-431, 2010.

Fonseca, H.L.P. A reforma da saúde de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1981-1990, 2019.

Fontana, K.C.; Lacerda, J.T.; Machado, P.M.O. O processo de trabalho na atenção básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, jul./set. 2016.

Gehring Junior, G. *et al.* Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l], v. 10, n. 3 p. 401-409, 2007.

Gerhardt T.E.; Silveira D.T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

Giovanella, L. *et al.* Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

Giovanella, L.; Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. *In:* Eibenschutz C, organizadora. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

Giovanella, L.; Mendonça, M.H.M. **Políticas e sistema de saúde no Brasil: atenção primária à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2019. p. 575-626.

Gomes, F.B.C. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Revista Saúde Debate**; v. 38; n. 100, P. 6-17, 2014.

Göttems L.B.D. *et al.* O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1997-2008, 2019.

Göttems, L.B.D. **Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal**: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). 285 f. Tese (Doutorado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília. Brasília, 2010.

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

Harzheim, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020.

Jacques, C.O.; Leal G.M. Determinantes sociais e território em sua inter-relação com as famílias e os processos de saúde-doença. **Revista sociais & humanas**, Rio Grande do Sul, v. 30, n. 1, 2017.

Kuschnir R.; Fausto M.C.R. **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

Lemos, A.P.F. *et al.* Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE** on line, v. 11, n. 11, p. 4645-4652, 2017. Acesso em: 5 out. 2022.

Lourenço, E.C. *et al.* A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1367-1377, 2009.

Martelleto, G.K.S. *et al.* Main risk factors presented by obese patients affected with COVID-19: a brief review. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v.7, n.2, p. 13438-13458 feb. 2021.

Mello, A.L.S.F. *et al.* Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 205-214, 2014.

Mendes, E.V. "A Crônica De Uma Morte Anunciada" Ou nascimento, paixão, morte e ressurreição do INAMPS. Brasília: CONASEMS, 1993. Disponível em: <http://repositoriosanitaristas.conasems.org.br/jspui/handle/prefix/965>. Acesso em: 5 out. 2022.

Mendes, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

Minayo, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Noronha, J.C.; Pereira, T.R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. *In*: BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

Oliveira, M.A.C.; Pereira, I.C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, 2013.

Paim, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

Paim, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

Pimentel, I.R.S. *et al.* Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista brasileira de medicina e família e comunidade**. Florianópolis, 2011 Jul-Set; 6(20): 175-81.

Pires Filho, L.A.S.; Azevedo-Marques J.M.; Duarte N.S.M.; Moscovis L. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde Debate | Rio de Janeiro**, V. 43, N. 121, P. 605-613, ABR-JUN, 2019.

Soeiro, R.E.; Bedrikow R; Ramalho, B.D.S.; NIEDERAUER, A.J.S.; Souza, C.V.; Previato, C.S. *et al.* Atenção Primária à Saúde e a pandemia de COVID-19: reflexão para a prática. **Interamerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, p. 1-6, 2020.

Starfield, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Vidal, T.B. **Acesso Avançado E Sua Relação Com O Número De Atendimentos Médicos Em Atenção Primária À Saúde** 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BRRS, 2013.

Viegas, A.P.B.; Carmo, R.F.; Luz, Z.M.P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.100-112, 2015.

WONCA EUROPA. **A definição europeia de medicina familiar**. Versão para português da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Lisboa, 2002.

## APÊNDICE A – TCLE para o Paciente

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você usuário do Sistema Único de Saúde está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Atenção à saúde no Distrito Federal: uma visão sobre o acesso no período pós conversão do Modelo Tradicional para a Estratégia Saúde da Família (ESF)” sob a responsabilidade da pesquisadora Valquiria Luiz dos Santos Alves, aluna do mestrado profissional PROFSAÚDE da Fiocruz-Brasília. Essa pesquisa tem por objetivo geral analisar os desafios existentes para obtenção do acesso nas Unidades de Básicas de Saúde (UBS) no período pós conversão do modelo tradicional para a ESF. Concordado em participar desta pesquisa você, usuário poderá optar para receber este Termo de Consentimento e Esclarecido e o Questionário semiestruturado contendo as nove perguntas para o registro das suas respostas, por meio do seu e-mail ou por WhatsApp. O tempo estimado para responder o questionário é entre 3 e 5 minutos. Os riscos que você está exposto(a) ao participar desta pesquisa são considerados mínimos, o mais provável sentir algum nível de vergonha. A sua participação nesta pesquisa será mantida em caráter confidencial, bem como todas as informações coletadas, este estudo foi revisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Estão assegurados a você o direito a indenizações e cobertura material para reparação do dano, conforme determina a Resolução CNS nº 466 de 2012. Os benefícios que você terá em participar desta pesquisa inclui o retorno para as equipes de saúde da família e para a gestão o entendimento acerca das questões que possam dificultar o acesso à UBS. A sua participação será voluntária, havendo desistência em continuar, você poderá retirar-se do estudo em qualquer momento, este TCLE será encaminhado, preferencialmente via e-mail, junto ao questionário a ser respondido. No caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Valquiria Luiz, no telefone (61) 98406-0011 e pelos e-mails: [valquiria.df1@gmail.com](mailto:valquiria.df1@gmail.com); [swedenberger.barbosa@fiocruz.br](mailto:swedenberger.barbosa@fiocruz.br).

Os responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Brasília) Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro (UnB), Gleba A, DF. Telefone (61) 3329-4607. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) orientador (a): \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – TCLE para o Profissional de Saúde

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você profissional de saúde, está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Atenção à saúde no Distrito Federal: uma visão sobre o acesso no período pós conversão do Modelo Tradicional para a Estratégia Saúde da Família (ESF)” sob a responsabilidade da pesquisadora Valquiria Luiz dos Santos Alves, aluna do mestrado profissional PROFSAÚDE da Fiocruz-Brasília. Essa pesquisa tem por objetivo geral analisar os desafios existentes para obtenção do acesso nas Unidades de Básicas de Saúde (UBS) no período pós conversão do modelo tradicional para a ESF. Concordado em participar desta pesquisa você, profissional de saúde (Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem) optará por receber este Termo de Consentimento e Esclarecido e o Questionário semiestruturado contendo as nove perguntas para o registro das suas respostas, por meio do seu e-mail ou por WhatsApp. O tempo estimado para a entrevista é entre 3 e 5 minutos. Os riscos que você está exposto(a) ao participar desta pesquisa são considerados mínimos, o mais provável sentir algum nível de vergonha. A sua participação nesta pesquisa será mantida em caráter confidencial, bem como todas as informações coletadas, este estudo foi revisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Estão assegurados a você o direito a indenizações e cobertura material para reparação do dano, conforme determina a Resolução CNS nº 466 de 2012. Os benefícios que você terá em participar desta pesquisa inclui o retorno para as equipes de saúde da família e para a gestão o entendimento acerca das questões que possam dificultar o acesso à UBS. A sua participação será voluntária, havendo desistência em continuar, você poderá retirar-se do estudo em qualquer momento, este TCLE será encaminhado, preferencialmente via e-mail, junto ao roteiro a ser respondido. No caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Valquiria Luiz, no telefone (61) 98406-0011 e pelos e-mails: [valquiria.df1@gmail.com](mailto:valquiria.df1@gmail.com); [swedenberger.barbosa@fiocruz.br](mailto:swedenberger.barbosa@fiocruz.br).

Os responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Brasília) Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro (UnB), Gleba A, DF. Telefone (61) 3329-4607. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) orientador (a): \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – Questionário para o Usuário****QUESTIONÁRIO PARA O USUÁRIO**

- 1- Qual é sua idade?  
 18 a 20 anos;  21 a 30 anos;  31 a 40 anos;  41 a 50 anos;  51 a 60 anos  
 61 e mais
  
- 2- Você se considera de qual raça/cor?  
 branca  preta  parda  amarela  indígena  outros
  
- 3- Quanto ao gênero, marque:  
 Feminino  Masculino  LGBTQIA+  Outros
  
- 4- Qual Cidade/Região Administrativa do seu domicílio?  

---
  
- 5- Na sua visão, o que mais dificultava o acesso à Unidade Básica de Saúde antes da Estratégia Saúde da Família (ESF)? Admite-se mais de uma resposta.  
 Dificuldade para agendar as consultas  
 Barreira geográfica (distante da casa)  
 Horário de funcionamento da UBS  
 Fila de espera  
 Ausência de profissionais
  
- 6- Antes da ESF você tinha dificuldade de acessar principalmente a qual dos programas abaixo? Você poderá marcar mais de uma opção.  
 Pré-natal  
 Prevenção ao Câncer de Colo Uterino e de Mama  
 Hipertensão e Diabetes  
 Tabagismo  
 Saúde Bucal  
 Outros
  
- 7- Quais melhorias você identifica com o novo modelo de atenção de ESF?  
 Acolhimento ao adentrar na UBS  
 Melhorou o acesso para o agendamento de consultas  
 Existência de uma equipe de referência para o atendimento  
 Ampliação do horário de atendimento da UBS  
 Não percebo mudanças

8- Identifique entre as opções abaixo quais os serviços da UBS que você ainda tem dificuldade de acessar. Escolha a opção que melhor representa.

- ( 1 ) Não há dificuldades de acesso
- ( 2 ) Não há dificuldade
- ( 3 ) Alguma dificuldade
- ( 4 ) Muita dificuldade
  
- ( ) Farmácia (falta de medicamento)
- ( ) Laboratório
- ( ) Atendimento de urgência
- ( ) Visita domiciliar
- ( ) Vacinas

9- Como você avalia o atual modelo de atendimento?

- ( ) Satisfeito
- ( ) Insatisfeito
- ( ) Melhor com a ESF (medicina de família)
- ( ) Melhor com os especialistas (ginecologista, pediatra, clínica médica)
- ( ) Tanto faz um ou outro



## APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista para o Profissional de Saúde

1. Qual sua profissão?  
 Médico(a);  Enfermeiro (a);  Téc. Enfermagem
  
2. Há quanto anos você atua na APS?  
 1 a 5 anos;  6 a 10 anos;  11 a 15 anos;  16 a 20 anos;  20 a 30 anos
  
3. Você possui alguma formação na área da Saúde da Família?  
 Curso de formação técnica  
 Especialização  
 Residência  
 Mestrado profissional  
 Doutorado  
 Nenhuma formação
  
4. Qual a sua visão em relação ao ACESSO do usuário aos serviços da UBS?  
 Adequado  
 Limitado  
 Consegue atender a maior parte da demanda espontânea  
 Não atende, encaminha a maioria das pessoas para as unidades de emergência
  
5. Você concorda que o ACESSO foi ampliado a partir da implantação do ConvertAPS?  
 Sim  
 Não  
 Parcialmente

5.1 Se a sua resposta anterior for parcialmente, indique as razões.

---



---



---

–

6. Na UBS as equipes trabalham na lógica do Acesso Avançado (Atendimento no mesmo dia)?  
 Sim  
 Não

6.1 Caso a sua resposta anterior seja SIM, descreva a sua experiência profissional com o Acesso Avançado

---



---



---

7- Na sua opinião há alguma falha no processo de trabalho que dificulta o acesso do usuário aos serviços da UBS?

( ) Sim

( ) Não

7.1 - Caso a resposta anterior seja SIM, descreva o que poderia ser melhorado.

---

## Anexo 1 – Parecer substanciado do CEP Fiocruz - Brasília

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: Acesso no período pós-conversão para a Estratégia Saúde da Família segundo profissionais e usuários

**Pesquisador:** VALQUIRIA LUIZ DOS SANTOS ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55846021.7.0000.8027

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.346.824

#### Apresentação do Projeto:

Este estudo fundamenta-se no avanço da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Distrito Federal (DF), tendo como pilar a Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é parâmetro para construção dos sistemas públicos universais de saúde. A construção da Estratégia Saúde da Família e a efetividade da APS como entrada do SUS proporcionou importantes desenhos institucionais aumentando e melhorando os serviços e as ações de saúde numa perspectiva mais ampla de Promoção da Saúde. No DF, a expansão da APS decorreu da efetivação do Plano de Conversão do Modelo Tradicional para a ESF e surgiu com a perspectiva de melhorar a saúde e ampliar o acesso nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esta pesquisa objetiva identificar na visão dos usuários e profissionais, as mudanças relacionadas à ampliação do acesso no DF, a partir da ESF. Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo, os com aplicação de questionários estruturados para usuários e semiestruturados para profissionais de saúde nas duas UBSs, das Regiões Central e Centro-Sul. Os resultados obtidos possibilitarão a elaboração de diretrizes de interesse público para auxiliar a gestão na melhoria do acesso e da assistência no SUS.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Compreender os fatores críticos para o acesso à APS segundo as perspectivas dos profissionais e usuários das UBS1- Vila Planalto e UBS 1 da Candangolândia, no período pós-conversão para a

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.904-130  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

## Continuação do anexo1

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 5.346.824

### Estratégia Saúde da Família

#### Objetivos Específicos

- a) Apontar por meio da percepção dos usuários quais os aspectos que poderiam ser mais relevantes para facilitar o acesso aos serviços de saúde.
- b) Conhecer por meio da percepção dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) como ocorre atualmente a organização do acesso nas unidades.
- c) Investigar se houve ampliação do acesso a partir da implantação do ConvertAPS.
- d) Recomendar para a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, melhorias no acesso às Unidades Básicas de Saúde, com base nos resultados obtidos.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### Riscos:

Conforme a Resolução CNS nº 466 de 2012, a participação da pesquisa se dará de forma voluntária e serão orientados acerca dos benefícios e prováveis riscos que serão expostos, por sua vez, são considerados mínimos, não haverá nenhuma manipulação de conduta ou intervenção nos participantes do estudo, o mais provável sentir algum nível de vergonha ou constrangimento, por trata-se de uma pesquisa que envolve opiniões e pontos de vista acerca do serviço de saúde local. Na eminência de algum risco, o usuário receberá esclarecimentos e terá o direito de encerrar a sua participação na pesquisa. Todos os dados dos participantes e as informações coletadas serão armazenados por 5 anos, serão mantidos em caráter confidencial e serão utilizados para elaboração do relatório com sugestões de melhorias do acesso aos serviços ofertados (BRASIL, 2012).

##### Benefícios:

A pesquisa a ser realizada trará elementos fundamentais para justificar a necessidade de melhoria no acesso aos serviços pontualmente nas UBSs da Vila Planalto (Região de Saúde Central) e da Candangolândia (Região de Saúde Centro-Sul). As informações serão disponibilizadas por meio de um relatório com os registros das necessárias mudanças para benefício da população SUS dependente. O principal produto desta pesquisa consiste em proporcionar ao gestor elementos para orientação de uma proposta para melhor conduzir os processos de trabalho da unidade, com a finalidade de promover melhoras no acesso e na qualificação da assistência nos moldes da ESF. Sugere-se que ao receberem o relatório possam reconhecer a sua importância e abrir um espaço

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.904-130  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

## Continuação Anexo1

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 5.346.824

de discussão democrática envolvendo os profissionais e a comunidade para a adequação das rotinas.

### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância técnico-científica, cujos resultados podem auxiliar os gestores na elaboração de diretrizes para organização do processo de trabalho e consequentemente melhorar o acesso e a assistência à população no âmbito da APS no DF.

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados adequadamente.

### Recomendações:

Não há.

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado.

### Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando as Resoluções 466/12 e 510/16, a pesquisadora deverá enviar par este CEP seu relatório final de pesquisa.

### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1879625.pdf	16/03/2022 17:59:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFSSIONAL.docx	16/03/2022 17:58:25	VALQUIRIA LUIZ DOS SANTOS ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PACIENTE.docx	16/03/2022 17:58:12	VALQUIRIA LUIZ DOS SANTOS ALVES	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto3.pdf	31/01/2022 20:50:44	VALQUIRIA LUIZ DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCM_SUBMISSAO.docx	28/12/2021 23:15:32	VALQUIRIA LUIZ DOS SANTOS ALVES	Aceito

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.904-130  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3329-4607 E-mail: cepbrasil@fiocruz.br

**Continuação Anexo1**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 5.346.824

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 12 de Abril de 2022

---

**Assinado por:**

**BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.904-130  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3329-4807 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br



## Anexo 2 – Carta de anuência do Gestor da Região de Saúde Central

07/07/22, 02:14

SEI/GDF - 84464359 - Carta



### GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Gerência de Serviços de Atenção Secundária 3

Carta n.º 2/2022 - SES/SRSCE/DIRASE/GSAS3

Brasília-DF, 17 de abril de 2022

### SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE CENTRAL DIRETORIA REGIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### Autorização de realização e assunção da co-responsabilidade

**Instituição Coparticipante:** Escola de Governo do Distrito Federal- FIOCRUZ Brasília

Eu, **CHARMENE DE ALCANTARA MARQUES MENEZES**, diretora da **Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde**, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa: **"Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: Acesso no período pós-conversão para a Estratégia Saúde da Família segundo profissionais e usuários"**, a ser conduzido pela pesquisadora Valquíria Luiz dos Santos Alves, RG:3695451, CPF: 875.515.351-87, mestranda regularmente matriculada no Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE – Fiocruz, Brasília, sob orientação do professor Swedemberg Barbosa. Foi informada pela responsável do estudo sobre os objetivos e características da pesquisa a ser realizada na UBS1 da Vila Planalto.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Por fim, ressalta-se que este projeto não implicará em qualquer tipo de ônus para a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e que o projeto de pesquisa terá seu início somente após sua aprovação pelo departamento de Educação Permanente da Instituição proponente.

**CHARMENE DE ALCANTARA MARQUES MENEZES**  
Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **CHARMENE DE ALCANTARA MARQUES MENEZES - Matr.0154721-6, Diretor(a) Regional de Atenção Primária à Saúde**, em 18/04/2022, às 17:51, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site:  
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0&verificador=84464359](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=84464359) código CRC= **FF409320**.

[https://sei.df.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=9593193&infra\\_siste...](https://sei.df.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=9593193&infra_siste...) 1/2

07/07/22, 02:14

SEI/GDF - 84464359 - Carta



"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF

## Anexo 3 – Carta de anuência do Gestor da Região de Saúde Centro-Sul

07/07/22, 02:14

SEI/GDF - 84464326 - Carta



### GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Gerência de Serviços de Atenção Secundária 3

Carta n.º 1/2022 - SES/SRSCE/DIRASE/GSAS3

Brasília-DF, 17 de abril de 2022

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE CENTRO-SUL  
DIRETORIA REGIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

#### Autorização de realização e assunção da co-responsabilidade

**Instituição Coparticipante:** Escola de Governo do Distrito Federal- FIOCRUZ Brasília

Eu, **Patrick Damasceno**, diretor da **Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde**, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa: **“Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: Acesso no período pós-conversão para a Estratégia Saúde da Família segundo profissionais e usuários”**, a ser conduzido pela pesquisadora Valquíria Luiz dos Santos Alves, RG:3695451, CPF: 875.515.351-87, mestrande regularmente matriculada no Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROPSAUDE – Fiocruz, Brasília, sob orientação do professor Swedemberg Barbosa. Fui informado pela responsável do estudo sobre os objetivos e características da pesquisa a ser realizada na UBS1 da Candangolândia.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa em recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Por fim, ressalta-se que este projeto não implicará em qualquer tipo de ônus para a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e que o projeto de pesquisa terá seu início somente após sua aprovação pelo departamento de Educação Permanente da Instituição proponente.

---

**PATRICK DAMASCENO**

**Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde**



Documento assinado eletronicamente por **PATRICK SILVA DAMASCENO - Matr.1437103-0**, Diretor(a) Regional de Atenção Primária à Saúde, em 18/04/2022, às 13:44, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:  
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0verificador=84464326&codigo\\_CRC=919882FC](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0verificador=84464326&codigo_CRC=919882FC)

[https://sei.df.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=95563151&infra\\_siste...](https://sei.df.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=95563151&infra_siste...) 1/2

07/07/22, 02:14

SEI/GDF - 84464326 - Carta

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF