

Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde

Reform movements in the Federal District Health Care System: conversion of the Primary Health Care assistance model

Daniel Seabra Resende Castro Corrêa (<https://orcid.org/0000-0002-1975-2072>)¹

Alexandra Gouveia de Oliveira Miranda Moura (<https://orcid.org/0000-0002-0968-9145>)¹

Marcus Vinícius Quito (<https://orcid.org/0000-0003-4565-1088>)¹

Heloiza Machado de Souza (<https://orcid.org/0000-0003-1138-2369>)¹

Luciana Martins Versiani (<https://orcid.org/0000-0002-6868-722X>)¹

Sérgio Leuzzi (<https://orcid.org/0000-0003-3191-123X>)¹

Leila Bernarda Donato Gottens (<https://orcid.org/0000-0002-2675-8085>)²

James Macinko (<https://orcid.org/0000-0001-8055-5441>)³

Abstract *The Unified Health System has undergone constant evolution and expansion since the publication of Brazil's 1988 Federal Constitution. The Federal District has provided contributions to the field of Primary Health Care Policy, especially between 2016 and 2018, by defining the Family Health Strategy as the definitive way of organizing Primary Health Care (PHC) services and by establishing a set of actions aimed at conversion of existing PHC services to this model. This article describes and analyzes the key processes of this change. The method used was analysis of ordinances, resolutions, reports and other documents, as well as assessment of data from official databases. We emphasize the development of a normative structure that includes the teams' implementation, the professionals' work processes, changes in medical specialties and reorganization of the health professionals who already worked in PHC. Conclusion: with an effect of increasing the population's Family Health Strategy coverage (in a population of approximately 3 million inhabitants) from 28% to 69% during a two-year period, the experience demonstrates the feasibility of incremental changes in health policies such as defining priorities, better management of the workforce, training and decentralized planning to increase access to health services.*

Resumo *O Sistema Único de Saúde tem passado por constante evolução e ampliação desde a publicação da Constituição Federal de 1988. O Distrito Federal apresentou contribuições no campo da Política de Atenção Primária à Saúde, sobretudo entre os anos 2016 e 2018, ao definir a Estratégia Saúde da Família como forma definitiva de organização dos serviços na APS e estabelecer um conjunto de ações orientadas para a conversão ao modelo. Esse artigo descreve e analisa os principais processos dessa mudança. Utilizou-se o método de análise documental de portarias, resoluções, relatórios e outros documentos, bem como dados disponíveis nas bases oficiais. Destacam-se a elaboração de um arcabouço normativo que inclui a implantação das equipes, os processos de trabalho dos profissionais, mudanças nas especialidades médicas e reordenamento dos profissionais de saúde que já atuavam na APS. A experiência demonstra a viabilidade de mudanças incrementais nas políticas de saúde em prol da ampliação de acesso da população aos serviços de saúde, por meio da definição de prioridades, melhor gestão da força de trabalho, capacitação e planejamento descentralizado, repercutindo na elevação da cobertura populacional de Saúde da Família dos iniciais 28% para 69%, alcançados em um período de dois anos.*

Key words *Primary health care, Health care policy, Unified health system, Family health strategy*

Palavras-chave *Atenção primária, Políticas de saúde, Sistema Único de Saúde, Estratégia Saúde da Família*

¹ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. STN, Asa Norte. 70086-900 Brasília DF Brasil. danielsrcc@gmail.com

² Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília DF Brasil.

³ UCLA Fielding School of Public Health, University of California Los Angeles. Los Angeles CA EUA.

Introdução

Desde 1988, com a saúde prevista na Constituição Federal como sendo um direito a ser garantido pelo Estado, o Brasil envia esforços para a ampliação e a evolução do Sistema Único de Saúde – SUS¹⁻³. Este sistema tem o objetivo de fornecer cuidados de saúde integrais e universais, preventivos e curativos, por meio de uma gestão descentralizada, com participação das esferas federal, estadual e municipal^{2,4}. Foco importante tem sido dado à Atenção Primária à Saúde - APS, com a instituição em 1994 do Programa Saúde da Família - PSF, inicialmente como um programa orientado a populações de risco e, a partir de 2006, ganhando amplitude como Estratégia Saúde da Família - ESF^{1,2,5-8}. A APS é o primeiro nível de cuidado profissional a ser buscado pelas pessoas e onde a maioria das suas necessidades curativas e preventivas são satisfeitas⁹.

O modelo de APS adotado no Brasil consiste em equipes de Saúde da Família - eSF compostas por um médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde - ACS, sendo que cada profissional deve ter uma carga horária semanal de, ao menos, 40 horas. Estas equipes devem ter sua atuação em conjunto com os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica - Nasf-AB, compostos por especialistas em saúde de outras áreas de formação. Cada eSF deve ser responsável pelos cuidados primários de saúde de até 3.500 pessoas, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB 2017¹⁰ e cada equipe Nasf-AB deve trabalhar em parceria com 5 a 9 eSF. Esse modelo traz melhoria do acesso e do primeiro contato, proporcionados pela proximidade das equipes às comunidades, bem como adscrição de clientela, permitindo a longitudinalidade do cuidado, agregando mecanismos de identificação das famílias com maior nível de vulnerabilidade social¹¹.

Há vasta evidência quanto à associação de sistemas organizados a partir da APS com distribuição mais equânime no acesso aos cuidados em saúde, menores custos, melhor controle de doenças crônicas e infecciosas, além de menor mortalidade infantil se comparado aos cuidados prestados por especialistas^{7,9,12-16}. O PSF trouxe uma nova organização à APS que agregou diversas melhorias frente ao modelo até então predominante, comumente denominado modelo tradicional^{4,11,17}, em que os cuidados primários eram centrados na figura do médico, fragmentado entre as especialidades de Clínica Médica, Pediatria

e Ginecologia e Obstetrícia. Houve então uma reorientação do sistema de cuidados à saúde, do processo de tratamento de doenças dos pacientes para um cuidado mais integral e preventivo, incluindo a proatividade como um componente central nos cuidados à saúde⁸.

O aumento da cobertura de ESF foi acompanhado de ganhos importantes para a saúde pública brasileira. Estudos demonstraram grandes e sustentáveis quedas na mortalidade infantil^{2,7,8,11,18-20}, chegando à redução média de 4,5% na taxa de mortalidade infantil para cada 10% de aumento na cobertura com eSF¹⁵, com maiores taxas nos municípios menos desenvolvidos². Houve aumento significativo de diagnósticos de hipertensão ou diabetes, sugerindo melhoria do acesso aos cuidados de saúde^{2,11}, levando a reduções da morbidade e da mortalidade associadas a doenças cardiovasculares^{2,8,11,18,21} e cerebrovasculares¹¹. Demonstrou-se que o risco de morte por acidentes vasculares cerebrais e infartos do miocárdio secundários são menores em pacientes acompanhados por eSF em relação àqueles acompanhados em unidades sem eSF²².

Evidências sugerem que a ESF promove acesso com mais qualidade e amplia a satisfação dos usuários em relação às unidades de saúde tradicionais e, até mesmo, ao setor privado de saúde^{4,11,17}.

Outro impacto largamente estudado é a diminuição de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAP, que compreende um grupo de patologias cujo cuidado na APS poderia evitar hospitalizações. Estudos demonstram queda nas ICSAP no Brasil a partir de 1999, principalmente para os casos de asma, doença cardiovascular e acidentes vasculares encefálicos^{2,4,8,11,18,21,23}, com reduções de até 25% nas internações por diabetes⁸. No entanto, um estudo voltado à análise sobre as ICSAP em situações de rápida expansão de cobertura de ESF, verificou que o impacto inicial pode ser de leve aumento nas internações evitáveis, provavelmente devido à facilitação do acesso e decorrente aumento na detecção de casos, mas admite ser plausível que, com o passar do tempo, as ICSAP passem a diminuir nesse mesmo cenário²⁴.

Diante destas evidências, tomou-se a decisão política de reorganizar o sistema de saúde do Distrito Federal a partir da APS, montando-se em março de 2016 uma equipe de gestão da Secretaria de Estado de Saúde do DF - SESDF que contava com profissionais especialistas na área. O objetivo desse artigo é descrever as mudanças realizadas no período de 2016 a 2018 na APS do

DF e analisar os efeitos observados e os desafios para sua sustentabilidade.

Métodos

A descrição das mudanças da APS no DF foi elaborada por meio de análise documental e revisão de literatura não exaustiva. A análise documental consiste no exame de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor²⁵. Os documentos analisados foram aqueles produzidos pela SESDF, Conselho de Saúde do DF - CSDF e outros setores do Governo do DF, publicados nos anos de 2016 a 2018, assim como dados e informações produzidas no mesmo período. Incluiu-se na pesquisa: portarias, relatórios de gestão, planos de ação regionais, memórias de reuniões, resoluções e regulamentos internos que normatizaram programas, ações e serviços disponíveis em acervo digital da SESDF.

A revisão de literatura foi realizada por meio de artigos científicos publicados em periódicos e disponíveis em bibliotecas virtuais, com uso das expressões-chave atenção primária à saúde, política de saúde e Distrito Federal.

O processo de mudança da Atenção Primária à Saúde no DF

O Quadro 1 traz as principais fases e ações ocorridas durante o processo de reorganização da APS no DF organizadas de forma a permitir uma visualização mais objetiva do processo descrito na sequência.

O DF, devido à sua conformação político-administrativa, é a única unidade da federação em que a APS está sob os cuidados da Secretaria de Estado de Saúde que, nesse caso, é responsável por todos os níveis de atenção à saúde. Até 2015 a SESDF possuía uma organização administrativa centralizada, dividida em 34 regionais de saúde. Nesta configuração haviam 16 hospitais, 172 Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma policlínica, 6 Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), responsáveis pelo atendimento de cerca de 3 milhões de habitantes residentes no DF e mais 1,5 milhão de pessoas vinculadas aos municípios que compõem sua região metropolitana. Em novembro de 2015, o território foi dividido em 7 grandes Regiões de Saúde, com condições variadas de distribuição populacional, equipamentos públicos e recursos humanos, além de níveis diferenciados de vulnerabilidade socioeco-

nômica, uma das principais razões por que optou-se por essa reorganização²⁶.

Diferentemente do que aconteceu em relação à expansão da cobertura de ESF no cenário brasileiro como um todo, no DF, em fevereiro de 2016, portanto pouco mais de duas décadas após o lançamento do PSF, a cobertura era de apenas 28,17% segundo dados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES²⁷. De um total de 172 unidades, 63 tinham seu processo de trabalho organizado a partir do modelo tradicional, composto por profissionais que, apesar de comporem formalmente a APS, não estavam organizados em eSF ou até mesmo prestavam serviços não considerados primários. Estas UBS apresentavam uma grande variedade de arranjos organizacionais e de funcionamento, influenciados pelo perfil de seus profissionais, sem programação ou planejamento direcionados às necessidades específicas de cada comunidade, com baixa inserção das práticas clínicas de enfermagem e outras profissões da área da saúde, gerando um cuidado fragmentado, distante das reais necessidades da população e distante dos atributos estabelecidos para a ESF¹².

Evidências indicam que a busca das emergências por motivos que poderiam ser resolvidos pela APS pode estar ligada a ausência de cobertura, má qualidade da cobertura, dificuldade de acesso aos serviços e questões culturais¹², somando-se ainda, no caso do DF, à falta de uniformidade no modelo de prestação do serviço na APS, com predominância do modelo tradicional.

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

Outra dificuldade observada foi a falta de parametrização do modelo tradicional em relação à população atendida e à composição de equipes, que tinham uma grande variedade de arranjos, com números de profissionais das diferentes especialidades em saúde bastante diversificados entre as unidades. A política de incentivo à APS do DF concedia gratificações financeiras não

Quadro 1. Fases e ações do processo de conversão do modelo de APS do DF em ESF.

Fase	Ações
Preparatória	Análise da distribuição dos serviços e das demandas da população por atendimentos de responsabilidade da APS.
	Exame dos modelos de organização dos serviços de APS e alocação de pessoal em cada um deles.
	Análise dos incentivos salariais destinados ao fortalecimento da APS no DF.
Elaboração e Preparação	Discussão no Conselho de Saúde do DF - CSDF sobre a situação na APS do DF, com consequente proposição e publicação da Resolução CSDF nº 465 de 04 de outubro de 2016 que dava o direcionamento da APS no DF à ESF.
	Elaboração e apresentação da proposta de conversão da APS em ESF junto a atores políticos estratégicos e alta gestão da SESDF.
Normatização e Divulgação	Elaboração e publicação da Portaria SES-DF nº 77 de 14 de fevereiro de 2017 que estabeleceu a Política de Atenção Primária à Saúde do DF.
	Elaboração e publicação da Portaria SES-DF nº 78 de 14 de fevereiro de 2017 que estabeleceu o regramento para a conversão do modelo tradicional em ESF.
	Realização de reuniões nas 7 Regiões de Saúde para apresentação da mudança, discussão com servidores e gestores locais.
Planejamento Territorializado	Aprovação dos planos de conversão das Regiões de Saúde a partir da adesão dos profissionais e composição das equipes de transição para estratégia de Saúde da Família (eTESEF).
Implantação	Capacitação teórica e prática dos profissionais que compunham as eTESEF.
	Mudança de especialidade de atuação na SESDF dos profissionais médicos aprovados ao final do processo de capacitação que a solicitaram.
	Nomeações de MFC aprovados em concurso para completar equipes.
	Implementação da especialidade em MFC como pré-requisito para novos concursos.
	Criação da carreira de Enfermeiro de Família e Comunidade - EFC.
	Realização de concurso público para MFC especialista e EFC.
	Reorganização das equipes de Saúde Bucal na APS.
Regulamentação da estruturação e operacionalização das ações do Nasf-AB no DF.	

atreladas a desempenho na ordem de até 35% de acréscimo nos salários dos profissionais lotados em UBS, independente de trabalharem com ESF ou não. Este incentivo, dividido em duas gratificações, sendo uma estabelecida pela Lei Distrital 318 de 1992²⁸ e a outra pela Lei Distrital 2.339 de 1999²⁹, não foi suficiente para equiparar as coberturas do DF às nacionais ao longo dos anos, podendo ainda ter atraído profissionais fora do perfil ou conhecimento técnico desejáveis para atuar nesse nível de atenção.

A análise da organização dos serviços assistenciais no DF, de movimentos de reorganização ocorridos em outras cidades e estados, de documentos do Ministério da Saúde - MS e da vasta evidência científica sobre as melhores práticas de organização de serviços de saúde apontava para a necessidade de uma reformulação do modelo assistencial no Distrito Federal. Tal movimento deveria observar a importância da APS como eixo condutor da assistência e sua relação com os

demais níveis assistenciais, sendo pautado pelos princípios da regionalização, participação da comunidade e da tomada de decisão estratégica.

Os estudos da força de trabalho da APS no DF mostraram que havia 328 médicos – entre Clínicos, Ginecologistas e Pediatras –, 408 enfermeiros e 1.046 técnicos em enfermagem lotados na APS, a maioria recebendo as gratificações de incentivo à ESF, mas trabalhando fora do referido modelo. A partir de parâmetros da PNAB 2011³⁰, vigente à época, calculou-se que a carga horária semanal desses profissionais seria suficiente para implantar 328 eSF, a serem posteriormente completadas com os ACS, gerando um excedente de 80 enfermeiros e 718 técnicos em enfermagem que poderiam ser realocados em outros serviços da rede que estivessem carentes de profissionais de suas respectivas profissões e especialidades. Se cada eSF podia ser responsável por uma população de até 4000 pessoas, de acordo com a referida PNAB, havia a possibilidade de expandir

a cobertura de ESF para mais cerca de 1.312.000 pessoas, o que significaria atingir uma cobertura de aproximadamente 75% da população.

A análise desses dados sinalizava que a SESDF já contava com profissionais de saúde suficientes na APS para ampliar significativamente o número de pessoas com disponibilidade de equipes para acompanhar de forma longitudinal suas necessidades de cuidados primários, bastando a contratação de ACS para que se completassem, permitindo ainda elevar a transferência de recursos da União para o DF. Essa proposta respondia à demanda da resolução nº 465 do Conselho de Saúde do Distrito Federal - CSDF, de 04 de outubro de 2016, elaborada e discutida previamente com participação ativa de gestores, usuários e trabalhadores, que dizia que a APS no DF deveria ser prestada no modelo de ESF³¹. Levaram-se então esses dados à apreciação da plenária do Conselho e, a partir daí, iniciou-se o processo de planejamento para que o modelo tradicional de APS do DF fosse convertido em ESF.

Foram elaboradas, então, duas portarias que continham as novas regras de funcionamento e implantação da APS, ambas datadas de 14 de fevereiro de 2017. A portaria nº 77/2017³² trouxe as normativas da Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal que, além de princípios e diretrizes, formulou uma nova organização ad-

ministrativa que não mais contava com unidades básicas funcionando no modelo tradicional, passando a ter como base as eSF como elemento de organização da APS, assim como equipes de Saúde Bucal - eSB e Nasf-AB, além de outras composições voltadas a populações específicas. A portaria nº 78/2017³³ trouxe o regramento para que os profissionais que já trabalhavam na APS, mas não em eSF, pudessem optar por compor equipes, caso assim desejassem e cumprissem os requisitos para a conversão de modelo. O Quadro 2 traz destaques das Portarias 77 e 78/2017^{32,33}.

A ampliação do acesso foi o principal foco durante a construção das normativas da portaria nº 77/2017. Estudos demonstram que a população mais pobre é a que mais sofre com dificuldades de acesso aos serviços de saúde¹⁴ e que há uma grande demanda por horários mais ampliados de funcionamento da APS, inclusive com disponibilidade aos finais de semana^{6,34}. Optou-se, portanto, por expandir o horário das unidades maiores para funcionarem das 7 às 19 horas, ininterruptamente, e também aos sábados das 7 às 12 horas, com possibilidade de funcionamento até as 22 horas. A expansão do horário só foi possível em unidades com 4 ou mais eSF devido à possibilidade de composição de escalas para que, em momento algum, as unidades ficassem sem o médico ou o enfermeiro da mesma

Quadro 2. Destaques das Portarias 77 e 78/2017^{32,33}.

Portaria nº 77/2017
Delimitação das categorias profissionais e respectivas cargas horárias para composição de equipes na APS.
Acolhimento, em todas as UBS, de todos os usuários com indicação de atendimento imediato, independentemente de pertencerem ao território da UBS.
Encaminhamento responsável à UBS de referência para os pacientes de outros territórios, nas condições com possibilidade de atendimento programado.
Agenda organizada com marcação de horários para atendimento e reserva de 50% das vagas à demanda espontânea.
Horário expandido de funcionamento das UBS maiores com abertura também aos sábados pela manhã.
Vacinação e coleta de exames laboratoriais em todas as UBS.
Portaria nº 78/2017
Adesão dos profissionais aptos e composição de equipes de Transição para a ESF eTESF, com indicação de conversão para eSF ao final do processo.
Movimentação dos profissionais que não fizeram a adesão ou não cumpriam os requisitos para compor as eTESF para unidades de outros níveis de atenção.-
Capacitação teórica e prática em ESF aos profissionais de nível superior das eTESF com matriciamento pelos profissionais das próprias equipes e UBS.
Avaliação de aproveitamento com desempenho mínimo obrigatório aos médicos que desejassem realizar mudança de especialidade.
Impedimento de lotação de novos profissionais na APS do DF quando não houver conformidade com a Portaria nº 77/2017.

equipe disponíveis para realizar o atendimento a seus pacientes, buscando garantir acesso e longitudinalidade. Outra importante mudança ocorreu na organização das agendas que passaram a ter horários marcados e reserva de 50% dos atendimentos para a demanda espontânea, visando facilitar o acesso da população às UBS próximas de suas residências ou locais de trabalho. A normativa previu que, independentemente de morar na área de abrangência das equipes, qualquer paciente que procurasse qualquer das UBS deveria ser acolhidos e, em caso de necessidade imediata, atendidos na própria unidade, sendo encaminhados à UBS de sua adscrição nos casos de necessidade de acompanhamento longitudinal. Todas as unidades deveriam contar com serviço de imunização disponível durante todo o horário de funcionamento. Estes e os demais pontos abordados na portaria nº 77/2017 tiveram o objetivo de orientar não somente as novas eSF, mas também aquelas que já estavam trabalhando na lógica da ESF, agregando orientações para ampliação dos atributos da APS³².

Cada uma das 7 Regiões de Saúde elaborou seu plano de conversão baseado na normativa e respeitando suas especificidades estruturais, características populacionais, disponibilidade e perfil dos profissionais. Os planos foram analisados e aprovados pelas equipes da Coordenação de Atenção Primária à Saúde - COAPS, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde e pelo Gabinete da SESDF.

A fim de permanecerem lotados na APS compondo equipes e fazendo jus às gratificações correspondentes a este nível de atenção, os profissionais – médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem – que atuavam no modelo tradicional deveriam manifestar seu interesse no prazo determinado pela Portaria 78/2017, passando em seguida por um processo simplificado de capacitação e, no caso dos médicos, por uma avaliação escrita dos conhecimentos adquiridos. Ao contrário dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, que ingressam para os quadros da SESDF como profissionais generalistas, podendo atuar em qualquer área prevista em suas carreiras, os médicos ingressam com atribuições específicas, de acordo com suas especialidades. Assim, ao final do processo de capacitação e aprovação na avaliação, os médicos deveriam solicitar mudança de especialidade para Medicina de Família e Comunidade para fins de prestação de serviços junto à SESDF, sem implicações em relação a seu registro de especialização junto ao órgão de classe. Esta mudança só foi possível devido ao fato

de, até aquele momento, a especialidade em MFC não ser exigida como pré-requisito para aprovação em concurso público para atuar como tal na rede pública do DF, permitindo que profissionais médicos de qualquer especialidade, ou mesmo sem especialidade, o fizessem.

A portaria nº 78/2017 previu um período de transição entre o modelo tradicional e a ESF, em que seriam formadas as equipes de Transição para a ESF – eTESF, cuja composição deveria permitir, após o fim do treinamento e conversão final do modelo, a formação de 3 eSF. Essas equipes poderiam ser completas, com inserção de ACS, ou incompletas até que fosse possível adequá-las. Diante da disponibilidade de recursos humanos, optou-se por permitir a composição de equipes com até 80 horas de técnicos em enfermagem, o que poderia contribuir na ampliação da capacidade das equipes no acolhimento e nos atendimentos de competência desses profissionais.

Cada eTESF, portanto, deveria ser composta por 3 enfermeiros de 40 horas; no mínimo 3, e no máximo 6 técnicos em enfermagem de 40 horas e 3 médicos de 40 horas, sendo preferencialmente um clínico, um ginecologista e um pediatra. Essa composição de especialidades médicas teve como objetivo propiciar troca de conhecimentos e experiência durante o período de formação e, posteriormente, durante a atuação como médicos de família.

O processo de capacitação, que totalizava 220 horas obrigatórias para médicos e enfermeiros, foi distribuído igualmente entre atividades teóricas e práticas, e abordou conceitos básicos da ESF, saúde da criança, saúde da mulher com atenção especial à prevenção dos cânceres de mama e colo do útero, cuidados às condições crônicas com foco em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, além das principais demandas espontâneas em APS.

Cada Região de Saúde deu sequência a seu processo de capacitação, respeitadas as particularidades de cada cenário, em que participaram os médicos e os enfermeiros que aderiram ao processo de mudança. A capacitação dos técnicos em enfermagem ficou a cargo dos enfermeiros de cada uma das equipes, a serem realizadas em serviço. Após a capacitação, os médicos puderam optar por realizar a avaliação final e apenas os que alcançaram desempenho satisfatório puderam solicitar mudança na área de atuação para compor eSF como MFC. Essa capacitação inicial deveria ser aperfeiçoada sob a perspectiva da Educação Continuada e da Educação Permanente, com apoio da Escola de Aperfeiçoamento do

SUS - EAPSUS, vinculada a Fundação para Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da SESDF.

Dentre os profissionais que trabalhavam no modelo tradicional, 51,2% (168) dos médicos, 83% (339) dos enfermeiros e 92,3% (966) dos técnicos de enfermagem fizeram adesão ao processo previsto na portaria nº 78/2017. Considerando a existência de cadastro de reserva de MFC, aprovados em concurso válido até dezembro de 2018, permitiu-se a formação de equipes compostas inicialmente apenas por profissionais de enfermagem, que deram início a ações de reorganização do processo de trabalho das UBS enquanto aguardavam a chegada dos MFC admitidos na sequência.

Formaram-se ao todo 135 eTESF, em duas formações distintas: as que tinham em sua composição médicos oriundos do modelo tradicional e outras compostas inicialmente apenas por equipes de enfermagem e que foram gradualmente recompostas com MFC chamados do concurso. À medida em que os enfermeiros concluíam o processo de capacitação e as equipes recebiam os MFC, estas eTESF dividiam-se em eSF, enquanto aquelas compostas por médicos oriundos do modelo tradicional dependiam de sua mudança de especialidade após o processo de capacitação e avaliação para passarem por sua divisão em equipes de ESF.

Finalizado o processo de capacitação, ao todo 110 médicos fizeram a mudança de especialidade para MFC e todos os MFC aprovados no concurso de 2014 foram nomeados até o final de 2017, sendo 164 admitidos. Um número expressivo de equipes se manteve sem ACS, uma vez que havia insegurança jurídica na contratação desses profissionais. Uma Lei Distrital, de 2013, então sob questionamento de legalidade, fez a transposição dos ACS, contratados no passado por instituições privadas, em servidores públicos, sem concurso. Para fazer frente a esta situação foi apresentado um projeto de lei à Câmara Legislativa do DF, com proposta de contratação dos ACS via regime de Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. A aprovação dessa lei, tornaria possível a contratação de ACS para completar as eSF.

Na sequência dessas mudanças, passou-se a exigir como pré-requisito, a partir do concurso público subsequente, a especialidade de Medicina de Família e Comunidade para ingressar na carreira de MFC na SESDF³⁵. Essa medida foi possível em função da expansão do número de profissionais especialistas em MFC, não somente no DF, mas em todo o Brasil. Houve assim, por parte da SESDF, o reconhecimento de que espe-

cialistas em MFC agregam qualidade aos cuidados de saúde e à organização do sistema. Também foi criado o cargo de Enfermeiro de Família e Comunidade - EFC, com objetivo de atrair profissionais com perfil para APS e fixá-los às eSF, além de estimular a especialização na área de atuação. Realizaram-se então os primeiros concursos para EFC e para MFC especialistas do DF com edital publicado em março de 2018.

As mudanças na cobertura

Num primeiro momento, o processo de conversão do modelo assistencial levou a uma expansão da cobertura da ESF impulsionada pela reorganização de profissionais, principalmente os de enfermagem, e pelo chamamento de médicos aprovados em concurso público, com a composição de um total de 441 eSF com ou sem ACS. Isso representou 164 equipes a mais que as 227 verificadas antes do início da mudança. Tomou-se como parâmetro médio o número de 3.750 pessoas por equipe, inferior ao preconizado pela PNAB à época para garantir proporções menores em áreas mais vulneráveis, chegando-se a uma cobertura populacional de 55,5%. Mais adiante, com o fim do processo de capacitação e mudança de especialidade para MFC dos médicos, foi possível compor mais 108 eSF em fevereiro de 2018, totalizando 549 equipes, consideradas aquelas ainda sem ACS, com aumento de cobertura para 69,1%.

Portanto, a população total assistida pela ESF no DF passou de estimados 1.038.750 para 2.058.750 habitantes após um ano do processo de conversão. Das 549 equipes, apenas 327 estavam cadastradas em fevereiro de 2018 no SCNES do Ministério da Saúde²⁷, sendo a composição com ACS o principal desafio para promover o cadastramento de todas elas. Outro importante aspecto é a dificuldade em promover a fixação dos profissionais nessas equipes, principalmente médicos, pois desligamentos e afastamentos são causas frequentes de oscilação da cobertura. Os dados de junho de 2018, mostram que o DF contava à época com um total de 540 equipes, 174 delas sem ACS. A evolução da cobertura ao longo do período pode ser visualizada no Gráfico 1, com início da observação a partir do segundo semestre de 2015, pouco antes do início da gestão da SESDF, que promoveu o processo de conversão, adicionados os dados de fevereiro de 2018, quando concluiu-se o processo de mudança do modelo.

A saúde bucal também fez parte da reorganização da APS no DF, de modo que os profissio-

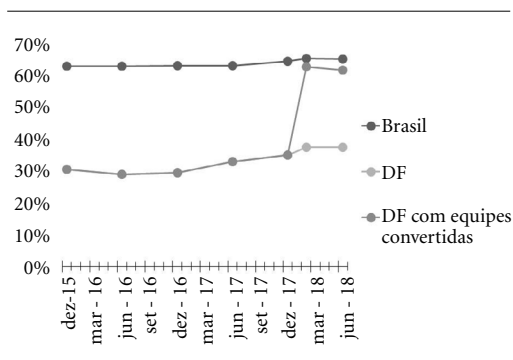


Gráfico 1. Evolução da cobertura por Saúde da Família no Brasil e no DF, com e sem as equipes convertidas.*

* Para permitir uma comparabilidade adequada, foram usados os mesmos parâmetros do DAB/MS de população e proporção entre equipes e usuários para efeito de cobertura - uma equipe para cada 3450 pessoas. (Fontes: DAB/MS e COAPS)³⁶.

nais cirurgiões dentistas e técnicos de saúde bucal fossem agrupados em eSB. A Portaria nº 77/2017 definiu a eSB como responsável por um território equivalente, no máximo, ao de duas eSF, sendo composta por um cirurgião-dentista e um técnico de saúde bucal, ambos com carga horária semanal de 40 horas, composição compatível com a modalidade 1 segundo definição do MS. O movimento de reorganização das eSB fez com que, em julho de 2018, o número dessas equipes chegasse a 218 distribuídas em todo o DF, correspondendo a 53,8% de cobertura.

Após a reorganização das eSF e das eSB na APS do DF, seguiu-se o processo de recomposição das equipes de Nasf-AB, acompanhando a PNAB/2017⁹. Normatizadas por meio da Portaria nº 489, de maio de 2018³⁶, as equipes Nasf-AB tiveram sua estruturação e operacionalização regulamentadas, sendo ainda disciplinado seu processo de transição a partir de adesão dos profissionais e seu agrupamento em equipes de acordo com parâmetros definidos. Objetivou-se a expansão gradual e a reorganização do processo de trabalho de modo que todas as eSF pudessem estar vinculadas a equipes Nasf-AB a médio prazo, priorizando sua implantação nas áreas de maior vulnerabilidade.

Discussão

Evidências científicas apontam dificuldades para se fazer a expansão da cobertura de ESF em grandes centros urbanos no Brasil^{1,8,37}. Considera-se que, nessas localidades, os centros de saúde tradicionais consolidaram-se em um período prévio à Saúde da Família, gerando uma grande diversidade de organização e provisão de APS e maiores dificuldades para a atuação territorial, familiar, vínculo e envolvimento dos profissionais¹. A organização do sistema nos moldes apontados pelas evidências científicas e pactuados nas políticas nacionais exige grande envolvimento do controle social, compromisso profissional e forte vontade política^{4,11}. Rouleau et al.³⁸ constataram que programas implementados com sucesso capitalizaram-se em janelas de oportunidade política e apontam para o papel chave de indivíduos que, em posição de liderança, agiram de forma a catalisar e promover a MFC.

Apesar do amplo respaldo científico à ESF, certas resistências, algumas delas previstas em literatura, ocorreram durante o processo de implementação da conversão do modelo. Além da já estudada insatisfação da população diante de modelos em que há uma regulação de acesso a níveis mais especializados de saúde¹⁴, observou-se importante desconhecimento por parte dos profissionais e da população sobre o modelo de ESF, até então minoritário no DF, demandando longos e frequentes debates nos Conselhos de Saúde, na Câmara Legislativa, com os sindicatos e diversos outros fóruns da sociedade civil organizada, principalmente nas próprias Regiões de Saúde. O forte embasamento em evidências científicas, o estreito alinhamento com a PNAB e o grande envolvimento de todos os níveis de gestão foi fundamental para dar força e legitimidade ao processo, levando-o adiante apesar das dificuldades encontradas.

A estruturação do modelo integralmente feito em ESF no DF tem ainda reflexo direto nos campos de estágios das unidades formadoras de profissionais de saúde, públicas ou privadas, que usufruem da rede da SESDF que, a partir de então, passam a oferecer a seus alunos a oportunidade de maior contato com o modelo. A APS estruturada a partir da MFC tornou-se cada vez mais importante no sistema de saúde e no ensino da graduação e pós-graduação na área³⁹. Entre 1995 e 2015, o número de países com programas de treinamento em MFC elevou-se de 56 para 132. O crescimento e o fortalecimento global da especialidade deve-se em parte a evidências que

ligam sua prática robusta a melhores resultados, menores custos e maior equidade em saúde³⁸.

Outros movimentos de reestruturação da rede começaram a ocorrer em concomitância ou provocados pelas mudanças realizadas na APS. Destacam-se a organização da Atenção Ambulatorial Secundária - AASE, das estruturas administrativas de gestão no nível central e do Complexo Regulador. Os modelos de organização da AASE e da regulação da SESDF são voltados à APS, permitindo a organização do acesso dos pacientes aos serviços disponíveis na rede.

Embora tenham sido construídas algumas novas UBS e reformadas outras, ainda são necessários fortes investimentos para a inversão do quadro precário predominante nas estruturas das UBS, determinado pelo papel marginal dado à APS durante longos períodos no DF.

A garantia de apoio diagnóstico segue como desafio, dado que sua atual organização não consegue responder às demandas das equipes, gerando um deslocamento frequente da população aos hospitais para buscar serviços que, se oferecidos nas UBS, evitariam a busca desnecessária pelo nível terciário.

Conclusões

A experiência do DF, que experimentou um aumento de cobertura da ESF de 28,17% para 69,1% em um período de 2 anos, traz uma nova perspectiva sobre os caminhos para expandir o modelo de ESF nos grandes centros urbanos. Esse substancial aumento de cobertura em tão curto espaço de tempo, principalmente se levado em consideração que ocorreu em um território de cerca de 3 milhões de habitantes, só foi possível devido ao processo de alinhamento do modelo de atenção à saúde que permitiu que profissionais que já atuavam na APS no modelo tradicional, pudessem compor equipes na lógica da ESF por

meio do processo de conversão instituído. Foi determinante ainda a existência de um contingente de MFC, previamente aprovados em processo seletivo, aptos a serem convocados para compor equipes com os profissionais de enfermagem que aderiram em sua quase totalidade ao processo.

Os investimentos em residência médica em MFC no DF e em todo o Brasil, com recente expansão no número de vagas dos programas e consequente formação de profissionais, contribuiu para a decisão de passar a exigir a especialidade como pré requisito para ingressar a carreira na SESDF e, juntamente com a especialização em APS das demais áreas profissionais em saúde, constitui importante base de sustentação para o sistema.

Na gestão em saúde, especialmente visando à sustentabilidade do SUS, é preciso dar passos decisivos em direção aos modelos mais eficientes, suportados pelas evidências científicas e economicamente mais viáveis. O envolvimento do Conselho de Saúde no processo decisório, a vontade política genuína e o comprometimento de profissionais que detêm conhecimento técnico para apoiar a condução do processo mostraram-se extremamente importantes para que se colocasse a mudança em curso.

A expansão da cobertura é um passo inicial e condicionante para ampliar o acesso da população ao sistema de saúde. No entanto, investimentos constantes em infraestrutura e capacitação, o monitoramento de indicadores, a incorporação regular de novas tecnologias, o apoio diagnóstico e a consolidação da atenção secundária regulada pela APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção, são peças chave para consolidar esse processo com qualidade e resolutividade. A sua sustentabilidade certamente estará condicionada à apropriação do modelo da ESF pelos profissionais de saúde e principalmente por aqueles que representam a razão da sua existência, ou seja, os usuários do sistema.

Colaboradores

DSRC Corrêa, AGOM Moura, MV Quito e LBD Gottems: concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. HM Souza: concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e aprovação da versão a ser publicada. LM Versiani e S Leuzzi concepção, análise e interpretação dos dados e aprovação da versão a ser publicada. J Macinko: delineamento, análise e interpretação dos dados e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Almeida PF. *Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul: Atenção Primária à Saúde no Brasil*. Brasília: Isags, Unasur; 2014.
2. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: A nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 349:g4014.
3. Dmytraczenko T, Almeida G. *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean*. New York: WBG, Paho, WHO; 2015.
4. Wadge H, Bhatti Y, Carter A, Harris M, Parston G, Darzi A. Brazil's Family Health Strategy: Using Community Health Workers to Provide Primary Care. *Commonw Fund*. 2016; 40(December):1-15.
5. Atun R, Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, Garcia P, Gómez-Dantés O, Knaul FM, Muntaner C, Paula JB, Rígoli F, Serrate PC, Wagstaff A. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet* 2015; 385(9974):1230-1247.
6. Sá FS, Oliveira CDL, Fernandino DM, Pádua CAM, Cardoso CS. Assessment of primary health care from the perspective of patients hospitalized for ambulatory care sensitive conditions. *Fam Pract* 2016; 33(3):243-248.
7. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. Correction: The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLoS One* 2017; 12(8):e0182336. Erratum in: *PLoS One* 2017; 12(12):1-14.
8. Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI). *Brazil: A community-based approach to comprehensive primary care*. PHCPI; 2018.
9. Kringos D, Boerma W. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. *Health Aff* 2013; 32(4):686-694.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica, 2017*. Brasília: MS; 2017.
11. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med*. 2015; 372(23):2177-2181.
12. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* 2005; 83(3):457-502.
13. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med* 2010; 70(6):904-911.
14. Kringos DS, Boerma WGW, van der Zee J, Groenewegen PP. Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. *Soc Sci Med* 2013; 99:9-17.
15. Almeida PF, Santos AM. Primary Health Care: Care coordinator in regionalized networks? *Rev Saude Publica* 2016; 50:80.

16. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: Data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health* 2016; 15(1):151.
17. Macinko J, Leventhal DGP, Lima-Costa MF. Primary Care and the Hypertension Care Continuum in Brazil. *J Ambul Care Manage* 2018; 41(1):34-46.
18. Guanais FC. Efectos combinados de la ampliación de la atención primaria de salud y de las transferencias condicionadas de dinero en efectivo sobre la mortalidad infantil en Brasil, 1998-2010. *Am J Public Health* 2015; 105(Supl. 4):S585-S599.
19. Bhalotra S, Rocha R, Soares RR. *Does Universalization of Health Work? Evidence from Health Systems Restructuring and Maternal and Child Health in Brazil*. Essex: Institute for Social & Economic Research; 2016.
20. Durovni B, Saraceni V, Puppini MS, Tassinari W, Cruz OG, Cavalcante S, Coeli CM, Trajman A. The impact of the Brazilian Family Health Strategy and the conditional cash transfer on tuberculosis treatment outcomes in Rio de Janeiro: an individual-level analysis of secondary data. *J Public Health (Oxf)* 2018; 40(3):e359-e366.
21. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Med* 2017; 14(5):1-19.
22. Cabral NL, Franco S, Longo A, Moro C, Buss TA, Colares D, Werlich R, Dadan DD, Fissmer CS, Aragão A, Ferst P, Palharini FG, Eluf-Neto J, Fonseca LA, Whiteley WN, Gonçalves AR. The Brazilian Family Health Program and secondary stroke and myocardial infarction prevention: A 6-year cohort study. *Am J Public Health* 2012; 102(12):90-95.
23. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, Oliveira VB, Turci MA. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff* 2010; 29(12):2149-2160.
24. Silva EN, Powell-Jackson T. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5506 municipalities in Brazil, 2000–2014. *BMJ Glob Heal* 2017; 2(2):e000242.
25. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras História Ciências Sociais* 2009; 1:1-15.
26. Distrito Federal. Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2015; 26 nov.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES. Brasília: MS.
28. Distrito Federal. Lei Distrital 318, de 23 de setembro de 1992. *Diário Oficial do Distrito Federal* 1992; 23 set.
29. Distrito Federal. Lei Distrital 2.339, de 12 de abril de 1999. *Diário Oficial do Distrito Federal* 1999; 12 abr.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica, 2011*. Brasília: MS; 2011.
31. Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF). Resolução nº 465, de 4 de outubro de 2016. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2016; 4 out.
32. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Portaria 77, de 14 de fevereiro de 2017. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 14 fev.
33. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Portaria 78, de 14 de fevereiro de 2017. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 14 fev.
34. Pérez-Cuevas R, Guanais FC, Doubova SV, Pinzón L, Tejerina L, Pinto Masis D, Rocha M, Harris DO, Macinko J. Understanding public perception of the need for major change in Latin American healthcare systems. *Health Policy Plan* 2017; 32(6):816-824.
35. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SESDF), Secretaria de Estado de Planejamento (SEPLAGDF). Portaria Conjunta SESDF/SEPLAGDF nº 74, de 14 de dezembro de 2017. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 14 dez.
36. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SESDF). Portaria nº 489, de 24 de maio de 2018. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2018; 24 maio.
37. Mendonça CS, Leotti VB, Dias-Da-Costa JS, Harzheim E. Hospitalizations for primary care sensitive conditions: Association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan* 2017; 32(10):1368-1374.
38. Rouleau K, Bourget M, Chege P, Couturier F, Godoy-Ruiz P, Grand'Maison PH, Henry M, Israel K, Kapoor V, Kurniawan H, Lobo L, Maiga M, Franca SP, Redwood-Campbell L, Rodas J, Sohal R, Wondimagegn D, Woolard R. Strengthening primary care through family medicine around the world: Collaborating toward promising practices. *Fam Med* 2018; 50(6):426-436.
39. Franco CAGDS, Franco RS, Lopes JMC, Severo M, Ferreira MA. Clinical communication skills and professionalism education are required from the beginning of medical training - A point of view of family physicians. *BMC Med Educ* 2018; 18(1):1-13.

Artigo apresentado em 25/11/2018

Aprovado em 06/02/2019

Versão final apresentada em 29/03/2019

