

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**Secretária de Estado de Saúde**  
**Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde**  
**Mestrado Profissional em Saúde da Família e Comunidade - PROFSAUDE**

**ANÁLISE POLÍTICA DA IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA  
DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

**Aluno: Fernando Edson Cerqueira Filho**  
**Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Costa**  
**Coorientador: Prof. Dr. Itajaí Albuquerque**

**Brasília – DF**  
**2019**

**FERNANDO EDSON CERQUEIRA FILHO**

**ANÁLISE POLÍTICA DA IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA  
DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família e Comunidade – PROFSAÚDE, da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal. Secretaria de Saúde, Governo do Distrito Federal.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Costa  
Coorientador: Prof. Dr. Itajaí Albuquerque

Brasília – 2019

C416a Cerqueira Filho, Fernando Edson  
Análise política da implementação da atenção básica no sistema de saúde do Distrito Federal / Fernando Edson Cerqueira Filho; orientador| Ana Maria Costa; coorientador Itajaí de Oliveira Albuquerque. -- Brasília, 2019.  
79 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Saúde da Família e Comunidade - PROFSAUDE) -- Coordenação de Pós-Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde, 2019.

1. Sistema único de saúde. 2. Atenção básica de saúde.. 3. Análise política em saúde,. 4. Análise de conjuntura.. I. Costa, Ana Maria, orient. II. de Oliveira Albuquerque, Itajaí , coorient. III. Título.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
ESCOLA SUPERIOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO  
PROSAUDE/ESCS

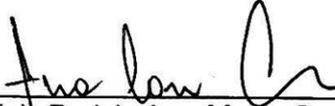
## TERMO DE APROVAÇÃO

Fernando Edson Cerqueira Filho

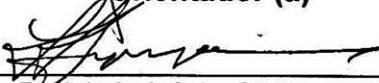
### “Análise Política da Implementação da Atenção Básica no Sistema de Saúde do Distrito Federal.”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família (PROFSAUDE), pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Aprovada em: 16/08/2019\*

  
\_\_\_\_\_  
Prof.(a) Dr.(a). Ana Maria Costa

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família  
**Orientador (a)**

  
\_\_\_\_\_  
Prof.(a). Dr.(a). Itajaí de Oliveira Albuquerque

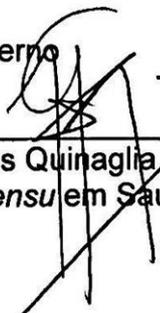
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.  
**Coorientador (a)**

  
\_\_\_\_\_  
Prof.(a). Dr.(a). Fábio Ferreira Amorim

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família .  
**Examinador (a) Interno**

  
\_\_\_\_\_  
Prof.(a). Dr.(a). Roberto Passos Nogueira  
IPEA

**Examinador (a) Externo**

  
\_\_\_\_\_  
Prof.(a). Dr.(a). José Carlos Quinaglia

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família  
**Suplente**

Brasília, 16/08/2019\*

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradeço à minha família por todo o apoio, durante o árduo trabalho de confecção deste estudo, Andrea, Pedro, mãe e Ângela.

Todo agradecimento à orientadora Ana Costa e ao coorientador Itajaí Albuquerque, grato pela paciência e ensinamentos, durante a caminhada. Ana, obrigado por me trazer ao campo da Análise Política.

Agradecimento aos pensadores e professores do PROFSAÚDE, em especial ao Professor Fabio Amorim, obrigado pela oportunidade.

*“La actitud crítica no alcanza (querer un mundo diferente no es suficiente para transformarlo), debe ser complementada con la aptitud crítica (cómo pensar), es decir, la capacidad adquirida para examinar reflexivamente los hechos de la realidad para extraer de ellos las conclusiones pertinentes y generar las acciones que correspondan.”*

Mario Testa

## RESUMO

CERQUEIRA FILHO, Fernando Edson. **Análise política da implementação da atenção básica no sistema de saúde do Distrito Federal**. 2019. 79 f. Dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família e Comunidade – PROFSAÚDE, FEPECS, Brasília, 2019

Há consenso quanto à importância da Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto, ela apenas se consolida em modelos de atenção onde desempenha um papel ordenador da rede de serviços e coordenador do cuidado às pessoas e comunidades. O estudo de Análise Política foi desenvolvido e orientado pela metodologia de Análise de Conjuntura em dois períodos de gestão, a saber: 2011-2014 e 2015-2018. Partindo da identificação das iniciativas governamentais relevantes a etapa seguinte foi a caracterização dos respectivos contextos sociais e políticos para a análise das conjunturas em que estas iniciativas foram adotadas ou anunciadas. Foi elaborada uma linha do tempo para registrar e orientar os aspectos relacionados às iniciativas compreendendo ações governamentais, reações dos atores e a configuração do cenário político federal do DF o que proporcionou o desenho do Mapa Conjuntural. O produto ou resultado foi analisado para compreender os jogos e tensões de poder subjacentes servindo da teoria do Pensamento Estratégico de Mario Testa. O estudo permite afirmar que não há linearidade desejável no processo, nas ações e iniciativas para implementação da AB no DF. Na gestão de 2011-2014, apesar do cenário nacional favorável à expansão da AB, o governo se moveu sob a enorme pressão dos atores corporativos para revisão dos Planos de Cargos e de Carreira. Já a gestão 2015-2018 no seu início apresentou iniciativas potencialmente impulsionadoras da AB, porém em pouco tempo o governo voltou sua prioridade às propostas de gestão indireta de hospitais. Os recursos do Poder foram exercidos amplamente pelos atores sociais envolvidos. O Sindicato dos Médicos (SINDMÉDICO) e o Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde (SINDSAÚDE) foram os atores representativos com maior capacidade de mobilização. O Ministério Público e a Câmara Legislativa do DF tiveram papéis importantes no processo de gestão da saúde, mobilizando recursos que o Poder institucional lhes outorga para influenciar e direcionar políticas. O ator social Conselho Distrital de Saúde não ficou caracterizado na sua autonomia e se confunde aos interesses dos gestores enfraquecendo o papel esperado para o controle social do SUS. Estudos de Análise Política tem importância para o processo de formulação e implementação de políticas, e sob essa perspectiva recomenda-se a criação de um Observatório de Análise Política da Saúde do Distrito Federal como estratégia útil na consolidação do da AB e do SUS no Distrito Federal.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Básica de Saúde. Análise Política em Saúde. Análise de Conjuntura.

## ABSTRACT

CERQUEIRA FILHO, Fernando Edson. **Análise política da implementação da atenção básica no sistema de saúde do Distrito Federal.** 2019. 79 f. Mestrado do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família e Comunidade – PROFSAÚDE, FEPECS, Brasília, 2019.

There is a consensus on the importance of the Primary level of Health Care. However it only consolidates itself in the systems of care where it plays a demanding role of the network service and as a coordinator when caring for people and communities. The Political Analysis study was developed and guided by the methodology of condition analysis at two government periods. Between 2011 and 2014 and then from 2015 to 2018. Starting from the identification of relevant government initiatives, the next step was the characterization of the social and political contexts in which these initiatives were adopted or announced. A timeline was elaborated to record and guide the aspects related to the initiatives including governmental actions, reactions and the political scene federal and locally, which then made the design of the Conjuncture Map. The product or result was analyzed to understand the underlying games and power tensions through Mario Testa's theory of Strategic Thinking. The study allows us to state that there is no desirable linearity in the process, actions or initiatives for the implementation of PHC (Primary Health Care) in *DF* (Federal District). In the 2011 to 2014 management, despite the favorable national scenario for the expansion of the PHC, the government worked under an enormous pressure from corporate actors to review the Career Plans. Then the 2015 to 2018 management office in their early days presented some potent initiatives towards the PHC, but soon the government turned its priority to proposals for indirect hospital management. The resources of power were largely used by the social actors involved. The Syndicate of Physicians (*SINDMÉDICO*) and the Health Care Establishments Employees Union (*SINDSAÚDE*) were the representative actors with the greatest mobilization capacity. The Public Prosecution Service and the Legislative Chamber of *DF* played important roles in the health management process, mobilizing resources that institutional power gives them to influence and direct policies. The District Health Council was not characterized in its autonomy and is confused by the interests of managers weakening the expected role for social control of *SUS* (Universal Health Care System). Political Analysis Studies is important for the process of policy formulation and implementation, and from this perspective it is recommended to create a Health Policy Analysis Observatory at *DF* as a useful strategy to consolidate the PHC and *SUS* in *DF*.

Keywords: Unified Health System. Primary Health Care. Health Policy Analysis. Conjuncture Analysis

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Linha do Tempo - Período de Gestão 2011-2014

Figura 2: Linha do Tempo - Período de Gestão 2015-2018

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Unidades de Saúde, Leitos Hospitalares e Cobertura de ESF, por ano no Distrito Federal

Quadro 2 – Propostas do Executivo no período de gestão 2011-2014 com impacto na implementação da AB no Distrito Federal

Quadro 3 – Propostas do Executivo no período de gestão 2015-2018 com impacto na implementação da AB no Distrito Federal

## LISTA DE SIGLAS

|         |  |
|---------|--|
| AB      | Atenção Básica de Saúde  |
| ABRASCO | Associação Brasileira de Saúde Coletiva                        |
| ACS     | Agente Comunitário de Saúde                                    |
| ADI     | Ação Direta de Inconstitucionalidade                           |
| AIS     | Ações Integradas de Saúde                                      |
| APS     | Atenção Primária de Saúde                                      |
| CAPS    | Centro de Atenção Psicossocial                                 |
| CEBES   | Centro Brasileiro de Estudos em Saúde                          |
| CEDOPS  | Centro de Estudos do Desenvolvimento da OPS                    |
| CENDES  | Centro de Estudos do Desenvolvimento                           |
| CF 88   | Constituição Federal de 1988                                   |
| CLDF    | Câmara Legislativa do Distrito Federal                         |
| CONASP  | Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária   |
| COREN   | Conselho Regional de Enfermagem                                |
| CRM     | Conselho Regional de Medicina                                  |
| CRO     | Conselho Regional de Odontologia                               |
| CSDF    | Conselho de Saúde do Distrito Federal                          |
| DF      | Distrito Federal   |
| DNERU   | Departamento Nacional de Endemias Rurais                       |
| ED      | Evento Determinante  |
| EEUU    | Estados Unidos da América                                      |
| ESB     | Equipe de Saúde Bucal  |
| ESCS    | Escola Superior da Ciências da Saúde                           |
| eSF     | Equipe de Saúde da Família                                     |
| ESF     | Estratégia Saúde da Família                                    |
| FHDF    | Fundação Hospitalar do Distrito Federal                        |
| GDF     | Governo do Distrito Federal                                    |
| ICIPE   | Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada         |
| IHBDF   | Instituto Hospital de Base do Distrito Federal                 |
| INAMPS  | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| MPDFT   | Ministério Público do Distrito Federal e Territórios           |
| MS      | Ministério de Saúde  |

|            |  |
|------------|--|
| NASF       | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                                     |
| NOB        | Norma Operacional Básica   |
| OAPS       | Observatório de Análise Política em Saúde                              |
| OMS        | Organização Mundial da Saúde   |
| ONU        | Organização das Nações Unidas  |
| OPAS       | Organização Pan-Americana de Saúde                                     |
| OSs        | Organizações Sociais   |
| PACs       | Programa de Agentes Comunitários                                       |
| PDPAS      | Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde             |
| PEC        | Proposta de Emenda à Constituição                                      |
| PIASS      | Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste |
| PIS        | Práticas Integrativas em Saúde   |
| PNAB       | Política Nacional de Atenção Básica                                    |
| PP         | Políticas Públicas   |
| PROVAB     | Programa de Valorização da Atenção Básica                              |
| PSC        | Programa Saúde em Casa   |
| PT         | Partido dos Trabalhadores  |
| RAS        | Rede de Atenção à Saúde  |
| RUE        | Rede de Urgência e Emergência  |
| SAE        | Sindicato dos Administrativos em escolas                               |
| SBMFC      | Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade               |
| SES-DF     | Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal                      |
| SESP       | Serviço Especial de Saúde Pública                                      |
| SINDATE    | Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem                      |
| SINDMÉDICO | Sindicato dos Médicos  |
| SINDMETRO  | Sindicato dos Metroviários   |
| SINDSAÚDE  | Sindicato dos Servidores em Saúde                                      |
| SINDSER    | Sindicato dos Servidores   |
| SINPRO     | Sindicato dos Professores  |
| SSA        | Serviço social Autônomo  |
| STF        | Supremo Tribunal Federal   |
| STIU       | Sindicato dos Urbanitários   |
| SUDS       | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde                           |

|        |   |
|--------|---|
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                |
| TJDFT  | Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios |
| UBSs   | Unidades Básicas de Saúde                             |
| UFBA   | Universidade Federal da Bahia                         |
| UNISUS | Universidade do Sistema Único de Saúde                |
| UnB    | Universidade de Brasília                              |
| UPAs   | Unidades de Pronto Atendimento                        |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>15</b> |
| <b>2 EVOLUÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL.....</b>  | <b>16</b> |
| <b>3 REFERENCIAIS TEÓRICOS .....</b>  | <b>26</b> |
| <b>3.1 ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE .....</b>  | <b>26</b> |
| <b>3.1.1 Análise de Conjuntura: teoria e método.....</b>  | <b>28</b> |
| <b>3.2 PENSAMENTO ESTRATÉGICO DE MARIO TESTA.....</b>   | <b>29</b> |
| <b>3.2.1 O Poder no Pensamento Estratégico .....</b>  | <b>31</b> |
| <b>3.2.2 Os Atores Sociais no Pensamento Estratégico.....</b>   | <b>34</b> |
| <b>4 OBJETIVOS DA PESQUISA .....</b>  | <b>36</b> |
| <b>5 METODOLOGIA .....</b>  | <b>37</b> |
| <b>5.1 JUSTIFICATIVA E PERGUNTA DE PESQUISA.....</b>  | <b>37</b> |
| <b>5.2 MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>  | <b>38</b> |
| <b>5.2.1 Fontes de dados.....</b>   | <b>39</b> |
| <b>5.2.2 Sistematização e Análise do material coletado .....</b>  | <b>41</b> |
| <b>6 RESULTADOS.....</b>  | <b>43</b> |
| <b>6.1 LINHA DO TEMPO .....</b>   | <b>43</b> |
| <b>6.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS GESTÕES 2011-2014 E 2015-2018: UM EXERCÍCIO DE ANÁLISE DA CONJUNTURA DO PERÍODO .....</b> | <b>46</b> |
| <b>6.2.1 Análise de Conjuntura Período 2011-2014 .....</b>  | <b>46</b> |
| <b>6.2.1.1 Propostas do Poder Executivo na Gestão 2011-2014 .....</b>   | <b>51</b> |
| <b>6.2.2 Análise da Conjuntura Período 2015-2018 .....</b>  | <b>56</b> |
| <b>6.2.2.1 Propostas do Poder Executivo na gestão 2015-2018.....</b>  | <b>60</b> |
| <b>7 SÍNTESE E RECOMENDAÇÕES .....</b>  | <b>70</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>   | <b>74</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB), ou Atenção Primária à Saúde (APS), é o nível de atenção em uma rede de saúde que se localiza territorial e operacionalmente mais próximo da população que deve assistir. Seu desenvolvimento envolve práticas de cuidado e gestão individuais, familiares e coletivos que sejam democráticas e participativas, com atuação em equipe, tendo definidas as populações, assim como territórios e respectivos recursos, constituindo-se dessa forma como instância de responsabilidade sanitária e social (BRASIL, 2012).

A importância da APS depende e está diretamente associada ao modelo de saúde em que está inserida, ou seja, o modelo será encarregado de dar a ela significado concreto, definindo e orientando o seu papel na rede de atenção. Em casos de sistemas fragmentados e verticais, a APS adquire desempenho limitado e de baixa resolutividade, e muitas vezes não passa de discurso ideológico destituído de efetividade. Isso ocorre quando a APS não se transforma em instância coordenadora do cuidado das pessoas, das famílias e das comunidades, e não exerce nenhum poder na função de regulação da rede de serviços que compõem o sistema. São estas características que garantem a integralidade e a efetividade da APS (TESTA, 1985).

O baixo desempenho da APS no DF requer aprofundar conhecimento e explicações acerca dos impedimentos para a consolidação do modelo de atenção à saúde no DF baseado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tal como preconizado para o Sistema Único de Saúde. Este estudo objetiva compreender e analisar as conjunturas associadas ao processo de implementação da APS no DF e assim identificar cenários e caminhos percorridos, verificando especialmente o poder decorrente do comportamento dos diversos atores sociais envolvidos.

## **2 EVOLUÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL**

A literatura exhibe vasta produção de conhecimento acerca do contexto histórico do SUS, mas o mesmo não ocorre com o DF, o que gera um vazio de estudos sobre a evolução do Sistema de Saúde no DF. Esta pesquisa pretende contribuir e fundamentar futuros estudos sobre o assunto. Na base de dados do Google Acadêmico, utilizando os buscadores “Sistema Único de Saúde (SUS)”, “modelos de saúde”, “redes de saúde” e “Distrito Federal”, há poucos trabalhos que discorrem sobre o contexto histórico e político do SUS e mais especificamente da APS. Destacam-se os estudos da professora Leila Göttems (2009, 2019), Stella M. Hildebrand (2008), Fatima Ribeiro (2007), Carolina Romero et al. (2013) e Janaína Rodrigues, et al. (2016), além de outros estudos que abordam características, diretrizes e atributos do SUS e da APS no DF. Outros poucos autores pesquisaram sobre Educação Médica no Distrito Federal, destacando o trabalho de Barbosa e colaboradores, em 1977.

É sabido que foi a partir da década de 1920 que a Saúde Pública se tornou prioridade no Brasil, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, subordinado diretamente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Por meio de parcerias entre o governo federal, a Fundação Rockefeller e instituições religiosas, foram implantadas, no país, Unidades Municipais de Saúde. Foram constituídas para a prestação de uma Atenção Primária seletiva para pessoas pobres, e organizadas com baixo grau de complexidade e oferta limitada de serviços, com ênfase nos Prontos-Socorros e serviços de perfil preventivo, diminuindo assim a crescente insatisfação política da população, que dependia em grande parte da benemerência e da solidariedade das instituições filantrópicas, onde recebiam atendimento na condição de indigentes (GERSCHMAN, SANTOS, 2006; PAIM, 2012).

Por outro lado, uma melhor atenção à saúde dos pobres se tornava obrigatória para fazer frente às necessidades da industrialização nos países centrais e periféricos. Relatório de 1933 da Cruz Vermelha Internacional, assim considera a situação nos Estados Unidos (EEUU):

[...] o trabalho e os objetivos dos centros de saúde existentes, variavam consideravelmente; em quarenta comunidades com centros de saúde, trinta e sete centros tinham algum tipo de clínica, trinta e quatro realizavam visitas de enfermagem, vinte e nove faziam assistência à criança, vinte e sete executavam atividades contra a tuberculose, vinte e dois possuíam clínicas antivenéreas, quatorze tinham clínicas de odontologia e onze, clínicas de olhos, ouvido, nariz e garganta; apenas dez dispunham de laboratórios e nove, de banco de leite. (ROSEN, 1994, p. 46).

Tratava-se, assim, de um contexto em que a atenção à saúde foi organizada de forma fragmentada e verticalizada por estados, de concepção liberal, em que os direitos sociais como regra constituíam vácuo jurídico, e administrativamente submetido à autoridade central, representada por um Ministério da Saúde ou por departamentos nacionais, como é o caso brasileiro. No Brasil, esta conjuntura só iniciaria seu movimento de transição a partir do advento do Estado Novo. Com a Ditadura Vargas, em contrarreação à crescente expansão e influência dos Partidos Comunistas nos centros urbanos nacionais, os trabalhadores com carteira de trabalho assinada têm reconhecido o seu direito à assistência médica (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Em 1953, no Segundo Governo Vargas, o Ministério da Saúde (MS) foi criado, tendo a seu encargo todos os problemas da saúde de competência federal e, principalmente, as ações realizadas no interior do país, englobando o Departamento Nacional de Saúde, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), o Departamento Nacional da Criança e o Instituto Oswaldo Cruz (FINKELMAN, 2002; BARTOLOMEI; ALL, 2004).

O SESP, criado na década de 40, sob o patrocínio americano da Fundação Rockefeller, tinha o objetivo de assegurar infraestrutura sanitária em regiões pobres e periféricas, como o Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a partir da ampliação do número de unidades de saúde pelos municípios brasileiros. Algumas delas, de maior complexidade denominadas unidades mistas, agregavam área de internação, centro cirúrgico, gabinete radiológico e laboratório, enquanto que, ambulatoriamente, eram executados os Programas de Saúde Pública, como vacinação e atividades de natureza sanitária. Foi transformado em Fundação no início da década de 60, após um decreto de Juscelino Kubitschek (ANDRADE, 2003).

Com o início dos governos da Ditadura Militar, houve uma expansão da medicina privada, aprofundando a dissociação entre saúde pública e assistência médica hospitalar, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, diminuindo o

financiamento público e o progressivo sucateamento do SESP. Nesta época também se iniciam as primeiras experiências de medicina comunitária, sob forte influência do Movimento da Reforma Sanitária (LAVRAS, 2011; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Na década de 70, observam-se algumas experiências em saúde comunitária, implementadas por universidades e municípios: Montes Claros, Londrina, Teresina, São Luís, Porto Nacional e o caso de Brasília, com a Regional Escola, da Universidade de Brasília (UnB), em Planaltina e Sobradinho. Em 1976, foi implementado pelo Ministério da Saúde o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), sendo este o a primeira proposta que organizava os subsistemas de saúde em nível local ( RIBEIRO, 2007; PAIM, 2012) .

O SUS, que se conhece hoje, é resultado do processo de mobilização de vários segmentos sociais que se organizaram ao longo da demorada luta pela redemocratização, que precedeu ao advento da Nova República e a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988. Esta iniciativa de mobilização e ação teve origem nas universidades, nos serviços públicos, em sindicatos, nos associações comunitárias, nas chamadas Comunidades Eclesiais de Base vinculadas à Igreja Católica, além de entidades filantrópicas e privadas que participavam da assistência à saúde como contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Durante a construção da atual capital do país, na década de 50, as ações em saúde eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) e pelo SESP. Após sua inauguração, no período dos governos militares, foi construído o Hospital Presidente Médici, hoje Hospital Universitário de Brasília, que atenderia somente os servidores da nova capital, marcando assim a tendência fortemente centrada na atenção hospitalar que dominou o cenário da saúde pública anterior ao SUS (GÖTTEMS et al., 2019).

Estudos apontam para a importância de dois planos de gestão para o Sistema de Saúde do Distrito Federal. O primeiro, no início dos anos 60, proposto pelo médico Bandeira de Melo, onde foi criada uma instituição gestora denominada Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), que separava o processo de execução da função normativa, cujo Secretário também presidia a fundação pública. Esse plano também foi responsável pela criação de unidades de saúde descentralizadas em diversos pontos do DF (GÖTTEMS et al., 2019).

A Fundação Hospitalar do Distrito Federal esteve encarregada de gerir toda a saúde do DF até a criação, em 1981, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Posteriormente, caberia à Fundação realizar as atividades de execução operacional, enquanto à SES-DF competiria a formulação de políticas em saúde até o ano 2000, quando a Fundação foi desativada e toda a sua estrutura e serviços passaram para a gestão da SES (GÖTTEMS et al., 2019).

Importante registrar que as primeiras experiências em saúde comunitária no DF ocorreram nas décadas de 60 e 70, quando a Universidade de Brasília mantinha as cidades-satélites de Sobradinho e Planaltina como Regional-Escola e, nesse contexto, criou e implementou o Programa de Assistência Materno-Infantil na Comunidade, posteriormente chamado de Programa Integrado de Saúde Comunitária. As atividades começaram em Planaltina e Jardim, na atual Região Norte, articulando ações comunitárias ao Hospital Regional de Planaltina, em consonância ao projeto docente assistencial (BARBOSA, 1977).

Em 1979, entra em cena o segundo Plano de Gestão na Saúde do DF, implantado pelo Secretário de Saúde do então governo de Aimé Lamaison, Jofran Frejat, inspirado no ideário da Reunião Alma Ata, realizada no Cazaquistão, em 1978. Neste histórico encontro, foram debatidas as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, destacando o papel dos governos na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde. Pela primeira vez, a Organização Mundial da Saúde (OMS) defendeu o termo Atenção Primária de Saúde com foco na integralidade e universalidade (MENDES, 2011).

O plano de Frejat apoiava-se na estratégia do cuidado primário, prestado em unidades de saúde rurais e urbanas, com a oferta de consultas nas especialidades básicas de ginecologia, pediatria, clínica médica e odontologia, calculadas para uma base demográfica de 30 mil habitantes por unidade. Previa também a construção de hospitais regionais em cada cidade-satélite e um hospital de base, referência para a alta complexidade (GÖTTEMS, 2009).

No cenário nacional, a década de 80 foi marcada pelo debate da Reforma Sanitária, pois se tornava cada vez mais necessária a criação de um Sistema de Saúde que contemplasse todas as necessidades da população. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, traz à tona um turbilhão de correntes e

movimentos sociais que buscavam mudanças com a ampliação do conceito de saúde. Três questões principais foram os eixos dos debates: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e o financiamento setorial, dando relevância às relações entre saúde e democracia (BRASIL, 1986).

Como resultado da intensa luta pela reforma sanitária, apoiados no processo de redemocratização do país, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) - estratégia utilizada para reorientar o modelo assistencial, emergida do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, elaborada pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), sendo concebida como um programa institucional do INAMPS. Enquanto avançavam os debates em torno da Reforma Sanitária, outro modelo de organização do novo Sistema de Saúde foi concebido, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até que, em 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (PAIM, 2006; COSTA, 1986).

No DF, com o avanço da Reforma Sanitária e a criação do SUDS, ocorreu uma sobreposição virtuosa entre políticas nacionais e distritais, criando as condições para a melhoria do Sistema de Saúde do DF, incluindo a organização da APS, através do Programa Saúde em Casa. As unidades do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Hospital do Servidor da União e Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek passaram a integrar a SES. Nesta época, já inspirados também na reforma psiquiátrica em curso, houve mudança em quase todos os hospitais da cidade, com a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Regime de Hospital-Dia, inauguração da Central de Radiologia e do Hemocentro, além da reforma das principais unidades de saúde. Em 1987, foi elaborado o Plano de Resgate da Atenção Primária à Saúde, criando a Gratificação da Atenção Básica para servidores, buscando solucionar o problema de falta de profissionais médicos. Neste ano, aconteceu a I Conferência Distrital de Saúde (GÖTTEMS, 2009).

Conforme Finkelman (2002), o novo modelo nacional de atenção à saúde, que viria ser implantado na Nova República, está configurado nos princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade da assistência. A Lei n. 8.080/1990 trata dos conceitos, atributos e diretrizes do novo sistema de saúde, cabendo ao Ministério da Saúde o papel de grande responsável pela estratégia

nacional, seu planejamento, controle, avaliação e auditoria, bem como pela promoção da sua descentralização (FINKELMAN, 2002).

Para Costa (2006), os princípios do novo sistema de saúde devem ser compreendidos como elementos interpeladores para as políticas de saúde, devendo ser reavivados para além dos efeitos instáveis das políticas governamentais, evitando assim a cristalização dos modelos de atenção à saúde (COSTA, 2006).

A criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal exigiu a reestruturação do modelo de atenção à saúde no DF. As fragilidades eram evidentes e a II Conferência Distrital de Saúde, em 1991, trouxe à tona as dificuldades do sistema para enfrentar as necessidades de acesso e de serviços de saúde resolutivos, apontou também os problemas da centralização da gestão e denunciou a redução dos recursos da saúde e a ausência de adequada política de recursos humanos (GÖTTEMS et al., 2019).

O cenário de redemocratização, a eleição de um governo do campo da centro-esquerda no DF, aliada à incipiente política de saúde da família que o Ministério da Saúde esboçava para o SUS, permitiram ao governo local criar o Programa Saúde em Casa (PSC). Apesar do aumento de cobertura proporcionado, esse programa não teve continuidade, especialmente em virtude de seu modelo de gestão indireta. Além disso, há evidências que a sua operacionalização apresentava duplicidade e desarticulação de atendimento com a rede tradicional de saúde. Mas a sua finalização ficou marcada pela contratação de trabalhadores por meio de Organizações Sociais (OSs) com divergência salarial, o que contribuiu para a rejeição do programa por servidores públicos da saúde, e seu desaparecimento foi questão prioritária para o novo governo que assumiu em 2002 (GÖTTEMS, 2009).

Entre os anos 2000 e 2010, o cenário político no DF foi bastante conturbado, marcado pela interrupção de um mandato por acusação de corrupção. Nesta época, houve a primeira experiência de gestão indireta hospitalar no DF, o Hospital Regional de Santa Maria, que passou a ser gerido pela Real Sociedade Espanhola de Beneficência. O contrato de gestão, criticado pelo Ministério Público do DF, acabou sendo encerrado em 2010. Outra iniciativa importante foi o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS), com objetivo de dar autonomia de gestão financeira para as Regionais e Unidades de Saúde (GÖTTEMS et al., 2019).

Em 2011, é fundado o Hospital da Criança de Brasília José de Alencar, gerido pela OSs Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada (ICIPE). Entre 2015 e 2017 foi proposto o reordenamento da APS, tendo como modelo prioritário a Estratégia Saúde da Família (Portarias n. 77 e n. 78/2017), e em 2017 é criado o Instituto Hospital de Base, serviço social autônomo que passaria a gerir uma série de serviços e instalações públicas antes pertencentes ao Hospital de Base do Distrito Federal (GÖTTEMS et al., 2019).

A série histórica da cobertura populacional realizada por Equipes de Saúde da Família no Distrito Federal destoa das demais unidades da federação. Segundo estudo de Göttems et al. (2019), em 1998 o DF contava com cobertura de 50%, coincidindo com os anos iniciais do Programa de Saúde da Família, porém, os anos seguintes seriam marcados por nenhum aumento de cobertura. Este cenário apenas seria modificado com cifras acima de 50% após 20 anos. Nesse intervalo temporal, houve a substituição para o modelo tradicional de APS, conduzida por especialistas focais nas áreas básicas, que é sabidamente menos efetiva que a ESF, apesar da grande força que possui entre sindicatos e associações médicas (GÖTTEMS et al., 2019).

O Quadro 1 mostra os dados referentes às Unidades de Saúde, Leitos Hospitalares e Cobertura de ESF, no DF, desde 1998.

Quadro 1 - Unidades de Saúde, Leitos Hospitalares e Cobertura de ESF

| <b>Ano</b> | <b>Nº CS</b> | <b>Nº PSU/R</b> | <b>Total de UBS</b> | <b>Nº de ESF</b> | <b>% de Cobertura por ESF</b> | <b>Leitos de Internação Hospitalar</b> |
|------------|--------------|-----------------|---------------------|------------------|-------------------------------|--|
| 1998       | 58           | 27              | 85                  | 277              | 50,91                         | (***)                                  |
| 1999       | 59           | 24              | 83                  | 121              | 22,59                         | (***)                                  |
| 2000       | 63           | 29              | 92                  | 60               | 10,51                         | (***)                                  |
| 2001       | 61           | 30              | 91                  | 60               | 9,87                          | (***)                                  |
| 2002       | 61           | 30              | 91                  | 40               | 6,58                          | (***)                                  |
| 2003       | 61           | 31              | 92                  | 0                | 0                             | (***)                                  |
| 2004       | 61           | 33              | 94                  | 38               | 5,99                          | (***)                                  |
| 2005       | 61           | 37              | 98                  | 4                | 6,3                           | 6260                                   |
| 2006       | 56           | 42              | 98                  | 24               | 3,55                          | 6437                                   |
| 2007       | 62           | 41              | 103                 | 33               | 4,77                          | 6176                                   |
| 2008       | 61           | 31              | 92                  | 39               | 5,64                          | 6552                                   |
| 2009       | 61           | 31              | 92                  | 92               | 12,41                         | 6322                                   |
| 2010       | 68           | 25              | 93                  | 120              | 15,87                         | 7035                                   |
| 2011       | 68           | 39              | 107                 | 110              | 14,77                         | 6810                                   |
| 2012       | 66           | 41              | 107                 | 133              | 17,58                         | 6775                                   |
| 2013       | 66           | 41              | 107                 | 154              | 20,06                         | 6796                                   |
| 2014       | 60           | 38              | 98                  | 242              | 31,52                         | 6905                                   |
| 2015       | 66           | 49              | 115                 | 246              | 32,04                         | 6258                                   |
| 2016       | 66           | 2               | 68                  | 247              | 32,17                         | 6327                                   |
| 2017       | 66           | 2               | 68                  | 259              | 33,74                         | 6644                                   |
| 2018       | (*)          | 2               | 176                 | 326              | 68(**)                        | 6737                                   |

Fonte: Adaptado de Göttems et al. (2019), com o uso de dados do Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES).

Legenda: CS – Centro de Saúde; PSU/R – Posto de Saúde Urbano e Rural; eSF – equipes de Saúde da Família. Notas: (\*) No período de 2017/2018, todos os Centros de Saúde passaram a atuar como UBS com Equipes de Estratégia Saúde da Família ou Policlínicas, com exceção de 2 postos, que continuaram como apoio. (\*\*) No DF foi realizada uma mudança no indicador que mensura a cobertura populacional por eSF, que ampliou o quantitativo populacional por equipe, motivo pelo qual há divergência entre os dados extraídos do MS e dos relatórios da SES-DF. (\*\*\*) Os dados disponíveis são após 2004.

Para fins desse estudo, é imprescindível esclarecer que a utilização dos termos Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica de Saúde, ainda que considerados sinônimos por alguns, constituem tema de debates entre várias correntes e autores. O conceito de AB ganha importância mediante a tendência de reduzir ao primeiro nível de atenção todos os sistemas de saúde universais e públicos, o que vem sendo fortalecido internacionalmente e sob a designação de “Cobertura Universal em Saúde-CUS”, constando na *Agenda 2030* como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (GIOVANELLA, 2018).

O conceito de APS Integral, concebido durante a Reunião Alma Ata, difere completamente do conceito de atenção básica seletiva, como cesta mínima de serviços para pessoas de baixa renda, principalmente nos sistemas de saúde em que são utilizados pagamentos via plano/seguro de saúde (GIOVANELLA, 2018).

A aprovação da Lei n. 8080/1990 organiza o SUS, porém há necessidade de moldar-se às novas responsabilidades sanitárias e sociais contidas no conceito de saúde. Até 1994, quando instituído o primeiro Programa de Saúde da Família (PSF), a APS era desenvolvida de forma desordenada, sem custeio específico, baseada no trabalho centrado nos cuidados simplificados, em programas verticalizados, ainda sob os moldes da era pré-constituição. A evolução do Programa de Agentes Comunitários de 1991 para Estratégia de Saúde da Família foi gradativa, durante a década de 90. Neste período foram publicados diversos documentos norteadores - Manual do Sistema de Informações da AB, Manual para Organização da AB, entre outros, visando concretizar a implementação da ESF como modelo prioritário de cuidados à saúde (HILDEBRAND, 2008).

É importante reafirmar o conceito de modelos de atenção como base para a definição de projetos de mudança e de consolidação do SUS. Modelos de Atenção à Saúde são conceituados por Paim (2006) como combinações tecnológicas, estruturadas em função dos problemas da saúde de uma população. Destacam-se as propostas alternativas para a concretização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde: ações programáticas em saúde, acolhimento, vigilância em saúde, cidades saudáveis e promoção à saúde. Acredita-se que a ESF seja a que mais modifica o modelo hegemônico, articulando-se com o acolhimento e a vigilância em saúde, com grandes potencialidades de colaborar nas ações programáticas e na promoção de saúde (PAIM, 2006).

O Distrito Federal historicamente apresenta tendência hospitalocêntrica, medicalocêntrica, com grandes inversões do capital privado sobre a saúde. Após sucessivas tentativas em implementar uma agenda favorável à APS, desde o Plano de Frejat, somente na década de 90 foi proposta mudança no modelo de Atenção, com os programas Saúde em Casa (1997-1998), Saúde da Família (1999-2003) e Família Saudável (2004-2006), tendo como ponto em comum a oferta de serviços básicos, principalmente na região periféricas do DF (CARDOSO et al., 2016).

### 3 REFERENCIAIS TEÓRICOS

Este capítulo apresenta breve revisão sobre o conceito da análise política em saúde e comenta sobre a metodologia da análise de conjuntura como uma das ferramentas para sua realização. Em seguida, a revisão se debruça sobre o referencial teórico encontrado no pensamento estratégico de Mario Testa que provê elementos e bases teóricas para análises do poder nos cenários das políticas em saúde.

#### 3.1 ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE

A prática do método da Análise Política teve início por volta dos anos 30, quando Laswel inovou com a expressão *policy analysis (análise política)*, buscando unir os conhecimentos científicos produzidos pela academia com a produção de origem governamental. Já nos anos 50, Simon adicionou o conceito de *policy makers* ou decisores públicos (SOUZA, 2006).

No início da década de 70, Thomas Dye simplificou o conceito de Políticas Públicas, afirmando que se refere ao que o governo escolhe fazer ou não. Em 1984, James Anderson tornou este conceito mais amplo e complexo, afirmando que a construção de Políticas Públicas ocorre quando um ator ou grupo de atores propõe uma ação para a solução de um problema de seu interesse, baseado não somente em problemas públicos ou sociais (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Conforme Secchi (2011), Políticas Públicas (PP) são os conteúdos concretos e simbólicos das decisões políticas, são diretrizes elaboradas para enfrentar um problema público. Para o autor, a razão para o estabelecimento de uma PP é o tratamento e a solução dos problemas interpretados pela comunidade como relevantes.

Os estudos acerca das Políticas Públicas apresentam várias vertentes: a Análise de Políticas (*policy analysis*) que, de uma forma geral, analisa o processo político no qual a PP foi concebida e implementada (*analysis of policy process*); a análise do conteúdo da Política (*analysis of policy content*), que se dedica ao objetivo e demais conteúdos das políticas; e a que estuda a formulação de políticas (*polyci making*) (ESPERIDIÃO, 2018).

É comum encontrar no setor saúde duas abordagens, sendo a primeira e mais utilizada a Análise de Políticas Públicas, que estuda o conteúdo das políticas públicas enquanto planos, diretrizes e programas ou em alguns dos seus componentes, como: financiamento, gestão, infraestrutura e organização (SILVA, 2018).

Na revisão integrativa realizada, Esperidião avalia o conteúdo das publicações no Brasil e no mundo sobre Análise de Políticas. A autora afirma que as discussões no setor saúde têm privilegiado temas sobre atores políticos, processos políticos, configuração da agenda, formulação e implementação da política ou sobre modelos teóricos selecionados. Destaca ainda os estudos de Walt e Gilson, que buscaram identificar abordagens teóricas e conceituais para o estudo dos processos políticos em saúde com foco na conformação da agenda. Outro importante estudo foi realizado por Erasmus, que, utilizando uma revisão metaetnográfica, sintetizou a produção de países de baixa e média renda que utilizaram a teoria da burocracia em nível de rua (*theory of street-level bureaucracy*). Esta teoria utiliza a visão dos trabalhadores em saúde que se localizam na ponta do sistema, médicos, enfermeiros e demais trabalhadores. O trabalho de Jones e colaboradores versa sobre uma abordagem teórica para entender as políticas nacionais de saúde global (ESPERIDIÃO, 2018).

No Brasil, a autora destaca que se pode evidenciar o uso de teorias de matrizes sociológicas e da ciência política. As teorias de matrizes sociológicas utilizam autores como Bourdieu, Foucault, Habermas, com aportes de teorias da ação social contemporânea, enquanto as matrizes da ciência política utilizam autores como Geva-May, Majone, Lindblom, Lasswell, Kingdon, Simon, entre outros. Os principais estudos fazem uso de vários modelos teóricos de análises políticas, destacando-se os Modelos do Ciclo das Políticas, Modelos de Fluxos Contínuos de Kingdon, Modelo de Equilíbrio Pontuado, Modelo de Quadro de Coligação de Defesa (ESPERIDIÃO, 2018).

Uma outra abordagem que vem assumindo importância na produção de conhecimento é a Análise Política em Saúde, cujo objetivo envolve estudar a dinâmica do processo político em saúde, principalmente através de fatos políticos, posicionamento dos atores, pela correlação de forças, pela identificação de conflitos e análise dos determinantes históricos, entre outros. Este método analisa as

relações de poder na saúde e na sociedade. Dentre os autores latino-americanos mais utilizados, destacam-se Carlos Matus e Mario Testa (ALENCAR, 2016).

O Glossário de Análise Política em Saúde de 2016 traz o seguinte conceito de Análise Política em Saúde:

A Análise Política em Saúde [...] toma como foco o processo político em saúde, ao invés das políticas de saúde. Assume o Poder como categoria de análise central, ou seja, como ele é apropriado, acumulado, distribuído, disputado e utilizado nos âmbitos setorial e societário, assim como as suas relações com a produção de fatos, dentro e fora das instituições. (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2016, p. 34).

Para consolidar e facilitar o acesso aos estudos de Análises Políticas, no Brasil, foi desenvolvido o espaço Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) (<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps>), que concentra um conjunto de estudos na área de Análises de Políticas e Análises Políticas, mediante a articulação de uma rede de pesquisadores da área de Política, Planejamento e Gestão.

Os estudos de Análise Política, para Alencar (2016), fundamentam-se em múltiplos referenciais teóricos de cunho multidisciplinar, usando métodos e técnicas de pesquisa e fontes de dados diversas. Estas condições exigem do pesquisador cuidado na seleção dos dados, pois aspectos como origem, ideologias, interesses das instituições podem não ser transparentes, exigindo que o pesquisador confronte dados obtidos em diversas fontes (ALENCAR, 2016). Um dos métodos mais úteis para esse tipo de estudo é justamente a Análise de Conjuntura.

### **3.1.1 Análise de Conjuntura: teoria e método**

Considerada uma vertente dentro da área de política, planejamento e gestão, muito utilizada na Análise Política, a Análise de Conjuntura surge como uma ferramenta interessante ao momento de se conhecer dados sobre o Poder. Conforme Souza (1984, p. 8):

[...] é uma mistura de conhecimento e descoberta, é uma leitura especial da realidade e que se faz sempre em função de alguma necessidade ou interesse [...] é não somente parte arte da política como é em si mesma um ato político.

Segundo esse autor, os objetos necessários para uma Análise de Conjuntura são: acontecimentos, cenários, atores, relação de forças e relação entre estrutura e

conjuntura. Acontecimentos são fatos que por sua importância adquirem um sentido especial para um país, uma classe social ou um grupo social específico. Cenários são os espaços em que acontece a trama social ou política num dado momento histórico. Atores são os indivíduos/grupos/instituições que possuem papel importante dentro do enredo, que detêm o poder de intervir sobre determinado acontecimento. Relação de forças é a correspondência estabelecida entre determinados atores sociais, num determinado momento, podendo resultar em confronto, coexistência, dominação ou alianças. Por fim, define-se relação entre estrutura e conjuntura como relação entre os acontecimentos e seu contexto histórico dentro da sociedade, em que a estrutura é definida como as relações já existentes dentro da sociedade e que influenciam determinado fato em curso (SOUZA, 1984).

Em revisão sistemática sobre estudos que utilizam conceitos metodológicos da Análise de Conjuntura, Virgens e Teixeira (2018, p. 388) afirmam:

Todos os artigos do setor saúde, por sua vez, citam a relação entre o setorial e outras dimensões da conjuntura, sendo que alguns aprofundam essas conexões, mas fica evidente que, para desenvolver esse tipo de abordagem aplicada à 'análise política em saúde', é necessário se debruçar sobre uma ampla produção teórica que discute 'o poder', 'o político', 'os atores/sujeitos' e 'a ação' [...]

Como se observa a seguir, semelhante à Análise de Conjuntura, o pensamento Estratégico de Mario Testa busca conhecer o Poder que influencia no processo da criação de Políticas Públicas. Testa buscou conceituar e categorizar o Poder e será utilizado em conjunto para analisar criticamente os resultados da análise desta pesquisa.

### 3.2 PENSAMENTO ESTRATÉGICO DE MARIO TESTA

Testa apresenta uma extensa trajetória de estudos sobre métodos de planejamento e análise de políticas em saúde. Ao longo de sua extensa trajetória, o sanitarista argentino participou e coordenou várias experiências em instituições na América Latina. Graduado médico em 1951, na Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires, iniciou sua carreira como cirurgião torácico na década de 60. Nesta década, Testa se transfere para a Universidade Central da Venezuela, a convite da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e dá início à reflexão sobre os fundamentos e processos que intervêm nas políticas públicas de saúde. Com o chileno Carlos Matus construiu o Método CENDES (Centro de

Estudos do Desenvolvimento, da Universidade Central da Venezuela), importante ferramenta de Planejamento, desenvolvida em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS), aplicado por países da América Latina (CEDOPS, 2014).

Na concepção de Testa, a saúde deve ser definida em termos sociais. O diagnóstico em saúde resultaria do exercício de Poder frente a processos decisórios de políticas, sendo que este vai prevalecer no momento da tomada de decisões. O Estado representa um *locus* de articulação das distintas classes sociais, com interesses antagônicos ou convergentes, a depender do cenário e dos arranjos que a conjuntura favoreça. Para Testa, as políticas públicas, em especial em saúde, são resultado da distribuição do Poder na sociedade (LIMA, 1995).

Em sua obra *Pensar Salud* (2014, p. 138), Testa define o Pensamento Estratégico da seguinte forma:

[...] este término, de origen militar, há sido incorporado a la terminologia de varias diciplinas con sentidos algo diferentes, [...] comportamientos organizacionales destinados al manejo de situaciones en que hay que superar obstáculos que se oponen al logro de un objetivo [...]

Devido à magnitude e importância de seu trabalho na área da Saúde Coletiva, Mario Testa foi objeto de estudo de diferentes investigadores nas áreas de saúde e economia. No Brasil, o primeiro e mais importante deles, no final da década de 80, foi a Dissertação de Mestrado da pesquisadora professora Ligia Giovanella, cujo trabalho constrói uma reflexão teórica de fácil entendimento.

Giovanella identifica o Poder como categoria analítica que fundamenta e orienta o Pensamento Estratégico de Mario Testa, tanto para analisar políticas em saúde quanto para o planejamento em saúde. Segundo a autora, Testa busca conceituar o Poder em saúde, estudando suas relações sociais e seus impactos, mostra como quantificá-lo e qualificá-lo, igualmente como alterar, acumular ou distribuí-lo (GIOVANELLA, 1989).

Para Leonardo Federico, em *Análise Política em Saúde*, o Planejamento Estratégico de Mario Testa está estruturado em três partes: a) o pensamento estratégico; b) a lógica de programação e c) a estratégia e a programação em ação. Na primeira parte, Testa desenvolve categorias analíticas para a organização do pensamento. Este momento é abstrato, explicativo e foi categorizado em Poder, Política e Estratégia. Na segunda parte, o foco são os conceitos concretos no setor saúde, envolvendo formulações programáticas como insumos, capital humano,

financeiro, instrumental, de gestão e organização do sistema. Nessa etapa, são utilizados os Conceitos Operacionais buscando descrever os processos em saúde, seus determinantes e condicionantes – chamado de momento descritivo. No último momento do estudo, Testa propõe que, depois de identificado, explicado e compreendido o espaço setorial saúde como espaço social, se passe ao momento concreto do estudo, que está dividido em síntese e propostas para solução dos problemas (FEDERICO, 2013).

### **3.2.1 O Poder no Pensamento Estratégico**

Para Mario Testa, o Poder é o problema central na Análise e Planejamento em Saúde. Apresentando uma visão externa aos governos, oriunda dos movimentos sociais, Testa considera a classe/grupo (força social/movimento) como ator privilegiado, e sua força se dá pelo deslocamento do Poder em favor de determinados grupos, dominantes ou dominados. Sob o olhar crítico marxista, Testa considera a determinação social do processo saúde-doença como determinante nas relações de Poder. Desta forma, Mario propõe diagnosticar as relações entre as forças de interesse em saúde, assim como as tensões existentes na sociedade sobre a saúde, sintetizadas no que ele chama de Diagnóstico Situacional em Saúde: o Administrativo, o Estratégico e o Ideológico (GIOVANELLA, 1989).

Entretanto, os formuladores de diagnóstico devem ser técnico-políticos, originados de forças sociais organizadas. O diagnóstico não deve, porém, ser institucionalizado e romper com a barreira do estruturalismo dos entes governamentais (BANDINO, 1989).

Poder, no setor saúde, deve ser definido como a capacidade de que um ator/instituição se apropria, ou lhe é conferida, para exercer uma mudança na saúde da coletividade. Como fenômeno isolado, o Poder nada mais é que a capacidade de um ator ou grupo de atores para gerar mudanças diante de um problema concreto que desafie a solução (GIOVANELLA, 2006).

Além de ser uma capacidade de controlar recursos e produzir fatos (com estes recursos), o Poder se transforma em relação social, na medida em que esses recursos são distribuídos desigualmente entre os distintos atores de uma sociedade. Nesta perspectiva, o Poder se transforma em uma ferramenta para ampliar a desigualdade em saúde (URIBE RIVERA, 1995).

Conforme Testa, não são os legisladores e governantes quem tomam as decisões em saúde. A responsabilidade das decisões é do Estado, sendo resultado de um profundo debate entre diversos atores que compõem uma sociedade. O Estado exerce seu Poder de acordo com a correlação de forças entre os distintos atores organizados da sociedade. Portanto, os atores são quem define o Poder (TESTA, 2007).

O Estado, segundo a teoria de Testa, é o detentor do Poder, podendo utilizá-lo de duas formas, com visões liberais ou marxistas. A primeira, baseada no liberalismo econômico, garante e defende a propriedade privada sobre a importância social da propriedade, constituída por indivíduos iguais que acreditam ter poderes iguais. No Estado marxista, a determinação social de cada indivíduo e o resultado de seu trabalho devem ser os alicerces das relações de Poder. Verifica-se nos exemplos de sociedades em que o capital não exerce sua influência que as políticas atendem ao bem comum, tendo o Estado como único financiador e executor de políticas públicas (LIMA, 1995).

Testa vê a política como forma de distribuição do Poder, destacando as relações democráticas e participativas, dentro de instituições representativas, como necessárias para legitimar processos políticos transformadores das relações de dominação (FEDERICO, 2015).

O autor elabora sua concepção de Estrutura de Poder, no setor saúde, para mapear e analisar as posições político-ideológicas de atores envolvidos no processo político em saúde. Testa aponta espaços sociais e institucionais em que estes atores exercem influências, como a administração central e os serviços de saúde (TEIXEIRA, 2010).

Para analisar o Poder, Testa determina categorias analíticas, que, segundo seu estudo, são os elementos principais que devem ser considerados no momento de estudar o Poder:

a) Os Resultados do exercício do Poder: o Poder Cotidiano e o Poder Societário. O primeiro mostra o que/como fazer as políticas do dia a dia, já o Poder Societário é a forma como se construirá uma sociedade ao longo do tempo, ou seja, o poder cotidiano (o que fazer do dia a dia) determinará o tipo de sociedade que será construída (TESTA, 1997).

b) Os diferentes tipos de Poder: o Poder Técnico, Administrativo e Político: o primeiro é a capacidade de um grupo em gerar, analisar e utilizar as informações em

saúde, por exemplo: informações médicas, sanitárias, administrativas, sendo essenciais no momento da correlação de forças para definição de determinada política. Já o Poder Administrativo é a capacidade de mobilizar recursos em saúde, sendo o financiamento a força maior deste tipo de Poder em países capitalistas, e a disputa entre as forças privadas e públicas determinará o movimento do financiamento em saúde. O Poder Político mostra a capacidade de mobilização para causa própria, e aqui o autor aconselha basear-se na força do saber (como ideologia) para entender este tipo de poder, utilizando-se dos saberes empíricos e científicos para ampliar a força (TESTA, 1997).

Testa também define os recursos que o Poder utiliza, e dependendo de cada tipo, estes recursos são formas para exercício do Poder, sendo que no Poder Técnico analisa de várias óticas: 1) dependente do tipo de informação no setor saúde, tipificando-as como: dependente do tipo (médicas, sanitárias, administrativas e relativas ao marco teórico); 2) onde circulam tais informações (na docência nas instituições de ensino, no âmbito da investigação, na administração superior, nos serviços de saúde e entre a população); 3) quais grupos sociais manejam estas informações (quem coleta, analisa e transmite estes dados, importantes para avaliar a participação da população no Poder Técnico; 4) a linguagem utilizada para repassar as informações, importante para saber se tais informações foram repassadas de forma correta e que foram entendidas pela população (GIOVANELLA, 1989).

No Poder Administrativo estão os recursos das normas, a gestão, a organização, sendo importante no momento de avaliar quais grupos detêm a capacidade de gerar e movimentar recursos, e está fortemente ligado ao financiamento na saúde. Por último, o Poder Político utiliza-se dos votos, dos partidos políticos, das organizações de representação. Esta força será deslocada em dependência da capacidade dos atores de desencadear uma mobilização.

Há ainda, para análise do Poder, as variáveis de tempo: podendo ser curto, médio e longo prazo, dentro dos tempos técnicos e políticos. O curto tempo definirá o Poder Cotidiano, já o longo prazo influenciará na transformação desejada na sociedade para o futuro.

É preciso considerar ainda as distintas formas organizativas: local físico ou virtual das relações entre quem toma a decisão e quem executa a decisão e os procedimentos de distribuição da ordem.

Por último e não menos importante, Testa analisa o Poder quanto ao impacto que este exerce sobre a sociedade; assim, sendo visto como ideologia, o Poder pode ser transformador ou legitimador (TESTA, 2014).

### **3.2.2 Os Atores Sociais no Pensamento Estratégico**

Para Mario Testa, quando indivíduos ou grupos assumem responsabilidades de colocar ações em movimento, devem ser chamados de Atores Sociais, sendo que estes nascem do processo de ideologização em que participam. As condições de trabalho e os interesses comuns influenciam através da forma como o sujeito vê o mundo; este processo poderá ser inconsciente (TESTA, 1997; FEDERICO, 2013, 2015).

O autor classifica os atores sociais em individuais e coletivos, sendo que nos últimos é preciso distinguir os coletivos de classe ou grupos. Conforme Testa, os primeiros são categorias analíticas e, portanto, abstratas, pessoas que historicamente ocupam um lugar na estrutura capitalista. Os grupos sociais podem ser claramente identificáveis e numeráveis, se reunindo ao redor de um tema específico. É possível ter dentro de uma classe vários grupos sociais, e até antagônicos entre si (TESTA, 1997; GIOVANELLA, 1989).

Os atores individuais são atores que detêm interesses em um setor social; o indivíduo ocupa alguma posição que lhe dá capacidade de gerar temas de discussão e debate dentro do Estado. Esta ocupação, abstrata, irá determinar a forma como este indivíduo vê o mundo e, conseqüentemente, irá definir suas ações dentro do processo de trabalho em que está inserido (TESTA, 2014; FEDERICO, 2015).

Outra forma de estudar os atores, no setor saúde, são os atores demandantes e os que ofertam serviços de saúde. Os demandantes são a população em geral, organizada ou não, com senso de classe social ou não; esta, muitas vezes não consegue se enxergar como ator social. Quanto aos que ofertam saúde, há dois grupos: quem oferece serviços em saúde (profissionais de saúde, empresas de prestação de serviços, como hospitais e clínicas), e quem oferece insumos e equipamentos, que por sua vez, podem ser nacionais ou estrangeiros. Esta análise se faz importante no momento de observar quais os interesses que motivam o ator social, como este poderá trazer para o debate dentro do Estado as necessidades e

desejos pessoais e corporativos, alguns mesmo incompatíveis com os princípios de saúde pública (TESTA, 1989).

Trata-se de saber como este ator social se desempenha dentro da estrutura do Estado, quais os anseios e limites para impor seus desejos e de seus grupos, como as visões próprias impactarão no dever comum do trabalhador do Estado. O Estado participa como um grande criatório de atores sociais. Todos os dias surgem novos atores, sempre com visões e participações a serem definidas de acordo com o desempenho dentro dessa estrutura (TESTA, 1997).

## 4 OBJETIVOS DA PESQUISA

### Objetivo Geral

- Estudar o processo de implementação da Atenção Primária de Saúde no Distrito Federal.

### Objetivos Específicos

- Identificar as iniciativas relevantes na implementação da Atenção Primária de Saúde do DF.
- Conhecer os contextos sociais e políticos, que têm conduzido as decisões acerca das ações e iniciativas relacionadas à organização da Atenção Básica de Saúde, e construir a Linha do Tempo do processo de implementação da AB no DF.
- Analisar as conjunturas associadas às iniciativas voltadas à implementação da Atenção Primária de Saúde, nos períodos de gestão 2011-2014 e 2015-2018.

## 5 METODOLOGIA

Denomina-se de método científico o conjunto de princípios, técnicas e regras que conferem crédito e validade ao resultado que será elaborado como resposta a um problema da realidade do mundo concreto. Cada área do conhecimento é constituída por um conjunto de técnicas de pesquisa, porém todas compartilham um conjunto de princípios gerais (GUERRA, 2014).

Os estudos quantitativos geralmente procuram seguir com rigor um plano preestabelecido, utilizando hipóteses claramente indicadas, buscando medir ou enumerar fenômenos, utilizando-se de ferramentas estatísticas para explicá-los. A pesquisa qualitativa segue por outro caminho, objetivando estudar o entendimento dos fenômenos, podendo ser ações individuais, de grupos ou de organizações, interpretando segundo a perspectiva do próprio sujeito. Seu foco de interesse é amplo e dela faz parte a obtenção de dados descritivos mediante o contato interativo do pesquisador com seu objeto de estudo (NEVES, 1996; GUERRA, 2014).

Reforçando o que já fora mencionado no referencial teórico, a Análise de Políticas entende as políticas de saúde como compostas por planos e diretrizes e seu objetivo é avaliar alguns dos componentes do Sistema de Saúde, como financiamento, gestão, organização. Já os estudos de Análise Política buscam entender o Poder e suas relações, particularmente com seus determinantes e condicionantes que estão presentes no processo de tomada de decisões:

[...] a análise política em saúde inclui os estudos que tomam como objeto central a análise das relações de poder em saúde (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas) nos âmbitos setoriais e societário, ou processo político em saúde, assim como suas relações com a produção de fatos políticos, dentro e fora das instituições; incluindo estudos que examinam conjunturas e suas relações com a saúde [...]. Desta forma, análise política em saúde encontra-se alinhada ao pensamento estratégico em saúde, como uma abordagem crítica presente na Saúde Coletiva brasileira que alia a teoria social à prática política [...], implicando uma militância sócio-política [...] (SILVA, 2018, p. 89).

### 5.1 JUSTIFICATIVA E PERGUNTA DE PESQUISA

A relevância deste estudo reside na necessidade de ampliar conhecimentos ante a lacuna de estudos e pesquisas que visam entender como as Políticas de

Saúde são desenvolvidas no DF e particularmente no tocante à Atenção Primária à Saúde.

A modalidade de Análise Política em Saúde é importante não apenas para identificar as iniciativas políticas, mas também para analisar como atuam os atores sociais que induzem ou tomam decisões, aprofundando o conhecimento acerca do cenário político de Brasília e suas repercussões sobre os rumos da saúde, em especial a AB.

A Análise de Conjuntura amplia conhecimentos que visam entender as circunstâncias em que foram formuladas as políticas em saúde, identificando os interesses aos quais atendem as iniciativas vinculadas à implementação da AB no DF. A Análise Política, que toma em seu centro o Poder, foi adotada como método para mostrar o campo de interesse e as influências dos distintos atores envolvidos.

O incomodo que mobilizou o autor desta pesquisa foi o fato do baixo desempenho da AB no DF, apesar de várias iniciativas adotadas isoladamente com vistas ao reordenamento do Sistema de Saúde do DF. O que ocorre que impede os avanços, considerando a facilidade de financiamento do governo federal e a disposição de uma rede com recursos? O fato é que a AB não foi implementada de acordo as diretrizes do Sistema Único de Saúde em relação a outros estados da Federação e tampouco é possível identificar claramente no DF o modelo de atenção à saúde norteia a AB.

Nesse contexto, a pergunta de pesquisa é: Qual a conjuntura relacionada às iniciativas perpetrada pelo Poder Executivo durante os períodos de gestão 2011-2014 e 2015-2018? Como se comportaram os atores sociais representativos e de controle social no processo de implementação da atenção básica no DF?

## 5.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma Pesquisa Documental envolvendo Planos Distritais de Saúde, iniciativas do Poder Executivo, identificando o conjunto dos atores sociais e o respectivo cenário associado. Foram registrados aspectos de âmbito nacional, com impacto na implementação da APS no DF. Utilizando-se do referencial teórico do campo disciplinar de Análises Políticas, buscou-se inicialmente dispor em uma linha do tempo os eventos e seus contextos historicamente identificados, para, em seguida, realizar análises da conjuntura das iniciativas para a APS no Distrito

Federal (DF). O estudo foi realizado com base nos períodos da gestão de 2011-2014 e 2015-2018.

Em um momento subsequente, foram selecionadas as iniciativas mais relevantes para a APS no DF. Entre estas iniciativas foram selecionadas aquelas que por sua natureza e impacto foram tomadas como referências para os processos de análises de conjunturas..

Todo material coletado na pesquisa documental e organizado sob orientação do método da análise de conjuntura (acontecimentos, cenários, atores, relação de forças e relação entre estrutura e conjuntura) foi analisado através da Teoria do Pensamento Estratégico de Mario Testa.

### **5.2.1 Fontes de dados**

A pesquisa documental realizada para fundamentar o conhecimento sobre o processo de desenvolvimento da AB no DF, possibilitou reunir documentos de relevância para construção da linha do tempo e do mapa conjuntural de cada período de governo.

Cumprir lembrar que a pesquisa documental, segundo Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), constitui uma importante ferramenta metodológica que utiliza os documentos e outros materiais audiovisuais, buscando extrair informações através da investigação. Utilizando técnicas próprias, com procedimentos que organizam as informações para posterior categorização e análise. Ainda segundo os autores, o uso de tais documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado, visto que é grande a riqueza de informações extraída deles, justificando, inclusive, pesquisas já realizadas em diversas áreas das Ciências Humanas e Sociais por possibilitar uma ampliação e entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural.

Nesse contexto, os documentos pesquisados foram os Planos Distritais de Saúde, que são instrumentos de planejamento para definição e implementação das iniciativas no âmbito da saúde, e estão disponíveis no site da SES-DF (<http://www.saude.df.gov.br/plano-distrital-de-saude/>), sendo extraídos os dados da Análise de Situação da Saúde e as metas de cada governo no âmbito da AB.

Foi realizada uma pesquisa documental sobre as iniciativas do Poder Executivo em cada gestão relacionada à AB. Este levantamento envolveu os atos e

iniciativas do Executivo, tendo sido selecionados somente os materiais publicados durante as gestões: leis, normativas, portarias, resoluções e ordens de serviço, incluindo revogações, excluído qualquer publicação que não esteja no Diário Oficial do Distrito Federal. Foram utilizados os seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família para guiar esta pesquisa.

O levantamento de dados usou o site do Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal (<http://www.sinj.df.gov.br>), que guarda o conjunto de publicações jurídicas do Distrito Federal, incluindo normativos das Secretarias de Estado e Resoluções do Conselho Distrital de Saúde. Foram selecionadas as iniciativas que visavam à implementação de políticas em AB ou que influenciaram.

Os Eventos Determinantes (ED) referidos neste estudo são as iniciativas do Poder Executivo com potencial elevado de impacto, ou seja, que representam investimento no processo de implementação da AB. Foram utilizados, para a seleção, os aspectos financeiros, recursos humanos ou de ordem política, além da correlação de forças entre atores sociais.

Paralelamente, pesquisou-se as atuações dos atores sociais que influenciaram nas decisões, previamente escolhidos de acordo com a atuação dentro do setor saúde:

a) Conselho Distrital de Saúde: pesquisa nos atos normativos e Atas de Reuniões do Conselho, disponíveis no Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal (<http://www.sinj.df.gov.br>), e site da SES-DF (<http://www.saude.df.gov.br/atos-normativos-2019/>). Todo o material disponível foi analisado buscando cruzar informações a respeito das iniciativas propostas pelo Poder Executivo e qual o papel desempenhado pelo Conselho.

b) Ministério Público – MPDFT: a pesquisa foi realizada no site do MPDFT (<http://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/conhecampdft-menu/promotorias-justica-menu/prosus-menu>), e buscou cruzar os dados extraídos das iniciativas propostas pelo Executivo e o papel desempenhado por este ator.

c) Organizações de Representação de Trabalhadores (Sindicatos e Associações): inicialmente foram selecionadas as organizações de representação por categorias de servidores públicos: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros servidores em saúde. Foi realizada a pesquisa sobre as iniciativas propostas pelo Executivo e o papel destes atores no processo, sendo que,

para tanto, foi feita busca nos sites oficiais, utilizando os meios de comunicação de cada entidade, podendo ser Revistas/Jornais e/ou canais eletrônicos de notícias.

A seguir listam-se os locais de pesquisa:

- a. Médicos: Sindicato dos Médicos do DF (<https://www.sindmedico.com.br>) e Associação Médica de Brasília (<https://ambr.org.br/>);
- b. Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem: Sindicato dos Enfermeiros do DF (<http://www.sindenfermeiro.com.br/>), Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do DF (<https://www.sindatedf.com.br/>);
- c. Outros Servidores da Saúde: Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Distrito Federal (<https://sindsaude.org.br/portal/>).

d) Câmara Legislativa do Distrito Federal: realizou-se buscas com os descritores Atenção Primária de Saúde, Atenção Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família. A coleta foi realizada no site do Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal (<http://www.sinj.df.gov.br>), e no site da Câmara Legislativa do DF (<http://www.cl.df.gov.br/>). Foram cruzadas as informações sobre as iniciativas do Poder Executivo, a fim de analisar como reagiram estes atores a tais propostas.

Para o estudo do cenário nacional, como explicado anteriormente, fez-se necessário estudar o cenário no qual o Distrito Federal está inserido. Foram abordados os contextos nacionais que, de alguma forma, repercutiram nas políticas em saúde no DF. Utilizou-se, para esse fim, o vasto material do banco de dados do Projeto Análise de Políticas em Saúde (<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/>).

### **5.2.2 Sistematização e Análise do material coletado**

Realizada a pesquisa documental, todo material foi sistematizado em uma linha do tempo, em que o leitor poderá se orientar acerca do cenário presente em cada uma das iniciativas e ações institucionais, além das manifestações e reações dos atores sociais envolvidos nas respectivas iniciativas.

Após o levantamento e sistematização dos documentos de relevância, aplicou-se o Método de Análise de Conjuntura, seguindo a metodologia proposta por

Souza (1984), possibilitando a construção do mapa conjuntural de cada período de gestão. Fazem parte do referido mapa os seguintes elementos: acontecimentos; cenários; atores; relação de forças e relação entre Estrutura e Conjuntura.

A orientação para a Análise de Conjuntura está fundamentada no pensamento crítico-estratégico desenvolvida por Mario Testa. Para este autor, uma metodologia específica de planejamento não é potencialmente efetiva se não há mudança na política em geral (LIMA, 1995).

## 6 RESULTADOS

### 6.1 LINHA DO TEMPO

As figuras 1 e 2, apresentadas a seguir, mostram a sistematização da pesquisa documental. O material coletado representa as iniciativas e ações institucionais voltadas à AB, assim como as ações e reações dos atores envolvidos e o cenário político durante as iniciativas.

O material foi dividido por período de gestão (2011-2014 e 2015-2018), a fim de facilitar o entendimento acerca da conjuntura de cada período que influenciou na AB.

Figura 1: Linha do Tempo - período 2011-2014



Figura 2: Linha do Tempo - Gestão 2015-2018



## 6.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS GESTÕES 2011-2014 E 2015-2018: UM EXERCÍCIO DE ANÁLISE DA CONJUNTURA DO PERÍODO

### 6.2.1 Análise de Conjuntura Período 2011-2014

No período de 2011 a 2014, o cenário político no país foi marcado por um ambiente favorável ao desenvolvimento de Políticas de Saúde, em especial na AB. Considerando o contexto histórico da América Latina, o governo da Presidenta Dilma Rousseff se empenhou por implementar uma agenda favorável ao setor saúde.

Em que pese aos avanços obtidos em taxas de emprego e renda, na ampliação do consumo de bens e serviços, no financiamento de obras públicas estruturantes, o primeiro governo de Dilma Rousseff não obteve a resposta esperada no campo econômico do setor saúde. Para os gestores do SUS, ainda que usufríssem positivamente desse cenário social favorável, persistiam problemas como a falta de planejamento, a desigualdade de financiamento inter-regional, a dificuldade para fixação de profissionais de saúde no interior do país, a insuficiente rede física, as distorções da fragmentação da atenção, entre outras.

A publicação da PNAB 2011, marco da revisão da Política de AB no país, elaborada com robusta base científica, estabelece diretrizes estruturantes que buscaram corrigir fragilidades e insuficiências, dentre as quais podem ser citadas as correções referentes ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a funcionalidade dos NASF, ambos com impactos marcantes na efetividade do ESF.

Em 2013, o Governo Federal lança o maior programa de interiorização de profissionais de saúde do mundo, originário do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), o Programa Mais Médicos para o Brasil, previa a atuação em três grandes eixos: I) reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para Residência Médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante, com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade aos alunos,

estabelecendo novos parâmetros para a formação médica; II) provimento imediato de profissionais médicos a áreas de maior necessidade no país, e III) promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em Saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional. O programa também prevê a melhoria das instalações da AB em todo o país (MOLINA et al., 2014; SANTOS et al., 2015).

No Distrito Federal, no início da gestão de 2011-2014, havia grande expectativa por parte dos atores corporativos, principalmente sindicatos de médicos e servidores, pelo fato de o Governador eleito ser sindicalista, médico e servidor público de carreira.

O Plano Distrital de Saúde (2012), aprovado pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal através da Resolução n. 395, de 14 de agosto de 2012, traz em sua primeira parte a análise da situação de saúde no DF, demonstrando suas características administrativas, demográficas, geográficas e socioeconômicas. Segundo este plano, a população do DF, em 2010, era de 2.570.160 habitantes, com predomínio da população feminina, apresentando 3,37% de analfabetos e com PIB *per capita* de 40.696,00 reais, a maior do Brasil (DISTRITO FEDERAL, 2012).

Este Plano foi aprovado pelo Conselho com as seguintes recomendações:

- Reativar a Fundação Hospitalar do Distrito Federal – FHDF;
- Revitalizar o parque de apoio, como o Parque Industrial e Tecnológico da Saúde como polo de formação e capacitação profissional nas áreas de infraestrutura de serviços, com ênfase na Tecnologia da Informação, Órteses e Prótese;
- Adequar a FEPECS e ESCS à legislação de Ensino Superior, por meio da revisão da Lei de criação da FEPECS e da nova estrutura organizacional, como implantação da gestão democrática e participativa com a instalação de colegiados em todos os níveis de gestão;
- Transformar a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS em Universidade do SUS - UNISUS-DF, Com a criação do terceiro curso de graduação, e duplicação das vagas

da Escola de Medicina, criação de novos cursos técnicos profissionalizantes de nível médio na área de enfermagem, radiodiagnósticos, patologia clínica, laboratório, hematologia, hemoterapia, dentre outros. Criação do Comitê Interinstitucional para o desenvolvimento de Pesquisa em Saúde.

O Distrito Federal contava, em 2010, segundo o documento, com 68 Centros de Saúde; 3 Unidades Mistas; 39 Postos de Saúde Urbanos e Rurais, além de 39 equipes do Programa Saúde da Família e 17 equipes de Saúde Bucal, 12 CAPS, 12 Hospitais Regionais e uma UPAM. A cobertura por ESF, no ano de 2010, era de 13,24% da população total do DF, uma das mais baixas entre as unidades federadas do país GDF 2010 (DISTRITO FEDERAL, 2012).

Ainda segundo o documento, os principais desafios para a gestão, no período, seriam o fortalecimento das unidades e equipes de Atenção Primária. Para isso, foi proposta a utilização do Plano Distrital de Atenção Primária de 2010 (Resolução do CSDF n. 3, de março de 2011). Este documento propôs expandir a AB em três fases: Fase 1: cobertura imediata de 20% da população do DF até dez/2011; fase 2: cobertura de 40% da população do DF até 2012; e fase 3: cobertura de 50% da população do DF, até 2014, expandindo ainda as equipes de NASF, Atenção Domiciliar, e Saúde no Sistema Prisional (DISTRITO FEDERAL, 2012).

Entre as metas a alcançar até 2015, o documento propõe: elevar a 80% dos recém-nascidos vivos, de mães residentes no DF, cobertura de 7 ou mais consultas de pré-natal; alcançar 95% em investigação de óbitos maternos de residentes no DF; reduzir o número absoluto de casos de sífilis congênita em 10% ao ano; reduzir as internações por complicações de diabetes mellitus para 5,8 por 10.000 habitantes do DF; e, por último, ampliar a oferta de práticas integrativas em saúde PIS para 80% das Unidades Básicas de Saúde e equipes das ESF.

Tais metas não foram cumpridas integralmente. Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a cobertura de ESF do Distrito Federal para o ano de 2011 era de 15,97% da população, e chegou, no final do ano de 2014, em 29,92% da população, entretanto, houve incremento da cobertura de AB tradicional de 47,26% em 2011 para 62,45% no final de 2014 (BRASIL, 2017).

Já a promessa de 80% de consultas pré-natais não se cumpriu, chegando somente a 69,53% das gestantes no ano de 2014; o propósito de reduzir o número das internações por diabetes mellitus esteve em mais de 6% no ano de 2012 (DISTRITO FEDERAL, 2015).

A aprovação do plano elaborado, durante a gestão de 2011-2014, pelo Conselho Distrital de Saúde, não interroga sobre como serão executadas as ações planejadas ou sobre qual o modelo prioritário para a AB, visto que muitas unidades atuavam em modelo tradicional.

O Conselho, durante a gestão de 2011-2014, publicou 17 atos normativos, sendo sua grande maioria aprovando propostas do governo e atos de disposições legais. Foram publicados apenas 5 atos de recomendações ao Executivo, sendo as principais: aprovação da criação do Fundo de Saúde do Distrito Federal, pela Resolução n. 410, de 9 de abril de 2013, e a apresentação da Proposta de Projeto de Lei que reestrutura o Plano de Cargos e de Carreira dos Especialistas em Saúde, devendo o mesmo ser isonômico com o Plano de Carreira de Odontologia.

O Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, mediante o Termo de Recomendação n. 05/2014 (DISTRITO FEDERAL, 2014), advertiu para que não continuasse a contratação de empresas privadas para realizar gestão intra-hospitalar no Distrito Federal. A justificativa utilizada são as várias dificuldades encontradas na gestão indireta, principalmente em relação à corrupção e a não oferta dos serviços contratados.

O SINDMÉDICO, em seu primeiro editorial do ano de 2011, dedica ampla divulgação do novo governo. Há uma entrevista exclusiva com o Secretário de Saúde que acabara de assumir. Igualmente, há uma matéria mostrando que o Governador da gestão de 2011-2014 se comprometia a cumprir algumas promessas feitas e que constavam na Carta Resgate à Saúde, lançada por entidades médicas no DF entre 2010 e 2011. Entre as principais promessas estão a de rever e atualizar o Plano de Cargos e de Carreira dos Médicos, reativação da Fundação Hospitalar de Brasília, aumento de gasto na AB e reestruturação de toda a SES. Durante os anos de 2012 e 2013, o aumento salarial e o Plano de Cargos e Carreira dominaram os informativos do sindicato, até a sua conquista.

No Sindicato dos Servidores em Saúde do Distrito Federal, o ano de 2013 foi marcado pela mobilização para a incorporação de gratificações ao Plano de Carreira, principalmente dos servidores técnicos administrativos, que não estavam contemplados no plano inicial.

Há duras críticas, do sindicato à gestão em saúde do governo, principalmente pela falta de estrutura das Unidades de Saúde e a dificuldade para negociação entre trabalhadores e o governo. Houve duas paralisações de greve, sob a justificativa de falta de negociação para incorporação de gratificações e a falta de estrutura nos estabelecimentos de saúde.

O Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, durante a gestão de 2011-2014, pautou os debates contra a gestão de OSs nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do Distrito Federal, e durante o ano de 2013 foi a favor da isonomia nos Planos de Cargos e de Carreira para todos os servidores em saúde.

Na Câmara Legislativa, o Partido dos Trabalhadores (PT) possuía a maior bancada de deputados distritais, cuja representatividade era bem diversa. Embora composta por maioria de servidores públicos, também havia empresários/administradores de empresas e quatro médicos. A Comissão Permanente de Saúde e Educação foi presidida por um empresário e a vice foi uma administradora de empresas.

Em pesquisa no site da Câmara (<http://www.cl.df.gov.br>), verificou-se que a grande maioria das menções sobre AB está relacionada a solicitações dos deputados à Secretaria de Saúde, tais como aumento de equipes de saúde da família, ampliação e reestruturação de unidades de saúde, abertura de UPAS e hospitais. Não há proposições de leis ou outros dispositivos estruturantes que fossem importantes para a AB.

Em outubro de 2012, a Mesa Diretora da Câmara propõe o PL n. 1.208/2012, que altera dispositivos da Lei n. 4.342/2009 e estabelece o Plano de Cargos e de Carreira dos Servidores Públicos Distritais. O projeto organiza durante os anos de 2013 e 2014 a incorporação de gratificações ao salário-base, elevando assim os proventos de todos servidores. A Lei n. 5.181, de 20 de setembro de 2013, que “Reestrutura a tabela de vencimento da Carreira Médica do Quadro de Pessoal do Distrito Federal e dá outras providências”, é resultado de uma Recomendação apresentada pelo Conselho Distrital de

Saúde, aprovada por unanimidade, solicitando análise do aumento do salário de médicos e odontólogos por parte do GDF.

#### **6.2.1.1 Propostas do Poder Executivo na Gestão 2011-2014**

Durante a pesquisa, foram encontrados inúmeros documentos publicados, entre Normativos, Decretos, Portarias Conjuntas, Instruções, Resoluções e Leis. Para o descritor Atenção Primária à Saúde, foram encontrados 62 documentos oficiais publicados, sendo em sua maioria de mudanças na estrutura da Secretaria de Saúde, criação ou extinção de cargos comissionados, nomeação ou exoneração de servidores, readequação orçamentária, entre outros. Já para o descritor Estratégia Saúde da Família, foram encontrados dez atos oficiais, e por último, para o descritor Atenção Básica de Saúde, foi encontrado apenas uma publicação, em 2013.

Grandes partes destas iniciativas buscaram alinhar-se com propostas contidas no Plano Distrital de Saúde. Observa-se também que as iniciativas seguem o curso da PNAB publicada pelo Ministério da Saúde em 2011 e programas sociais nacionais, como o Brasil Sem Miséria, lançado pelo Governo Federal. As iniciativas com maior impacto e/ou repercussão estão representadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Propostas do Executivo no período de gestão 2011-2014

| Iniciativa                                    | Descrição   | Atores Envolvidos  | Relação de Força  | Relação Estrutura/Conjuntura                         |
|---|---|--|---|--|
| Portaria n. 115 de 06/07/2011 <sup>1</sup>    | Esta iniciativa favorece a APS no Distrito Federal, pois visa aplicar uma política nacional, que busca planejar ações em saúde.   | SES  | Não houve reação à medida por parte de atores envolvidos. | Faz parte da Política Nacional de AB de 2006.        |
| Portaria n. 235 de 14/12/2011 <sup>2</sup>    | Esta iniciativa favorece a organização da APS no Distrito Federal, e está em consonância com a política do Ministério de Saúde. Este programa é responsável por elevar as qualidades no atendimento a gestantes e conseqüentemente a diminuição da mortalidade infantil no DF.  | SES<br>Ministério de Saúde   | Não houve reação à medida por parte de atores envolvidos  | Faz parte do Plano Nacional para organização da RAS. |
| Decreto n 33.329, de 10/11/ 2011 <sup>3</sup> | Esta iniciativa favorece a organização da APS, porém sabemos que a ESF deve ser orientada para toda a população e não somente para pessoas em situação de pobreza; a necessidade de ampliar os serviços de saúde deve vir concomitante com a transformação social exigida para que haja repercussão sobre a saúde do indivíduo.   | SES<br>Ministério de Saúde e<br>Ministério de Desenvolvimento Social e<br>Combate a Fome | Não houve reação à medida por parte de atores envolvidos. | Faz parte do Plano Brasil Sem Miséria.               |
| Portaria n. 218, de 16/10/ 2012 <sup>4</sup>  | Esta iniciativa favorece a APS, pois delibera sobre a atuação dos enfermeiros na Atenção Básica, dando a estes profissionais ferramentas para melhorar o cuidado em saúde; sabe-se que a falta do profissional médico sempre foi muito comum na APS de todo o país, colocando em risco a efetividade do cuidado, beneficiando a atenção fornecida pelos profissionais enfermeiros na APS. | SES<br>Servidores Enfermeiros<br>SINDSAÚDE<br>COREM                                      | Não houve reação à medida por parte de atores envolvidos. | Faz parte do processo de implantação da PNAB 2006.   |

<sup>1</sup> Institui o Grupo Conductor para a realização de Oficinas de Planificação da APS, no âmbito do Distrito Federal. Portaria que cria o grupo de trabalho designado a iniciar as oficinas de Planificação da APS, conforme a Política Nacional da Atenção Básica, de 2006.

<sup>2</sup> Institui o Grupo Conductor Distrital da Rede Cegonha da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria que cria o grupo responsável por elaborar o plano de ação local, visando colocar em pratica a Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha.

<sup>3</sup> Regulamenta a Lei n. 4.601, de 14 de julho de 2011, que institui o Plano pela Superação da Extrema Pobreza. Importante iniciativa local que dá seguimento ao Plano Brasil Sem Miséria, utilizando a Estratégia Saúde da Família como principal ferramenta de cuidado em saúde de pessoas em situação de pobreza extrema.

<sup>4</sup> Normatiza a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames pelo enfermeiro que atua nos Programas de Saúde Pública conforme protocolos e rotinas adotadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF.

| Iniciativa                                 | Descrição   | Atores Envolvidos  | Relação de Força  | Relação Estrutura/Conjuntura  |
|--|---|--|---|---|
| Portaria n. 264 de 27/11/2012 <sup>5</sup> | Esta iniciativa favorece a organização da APS no DF, uma vez que a importância de se revisar e publicar a Carteira de Serviços da APS visa noticiar e nortear as ações de saúde oferecidas à população por este nível de atenção.   | SES  | Não houve reação à medida por parte de atores envolvidos.   | Faz parte do Plano Distrital de Saúde 2012-2015.  |
| Portaria n. 335 de 30/12/2013 <sup>6</sup> | Tal iniciativa pode favorecer a organização da APS, uma vez que os protocolos internos devem respeitar a importância dos três níveis de atenção, integrando-os e permitindo que o usuário do sistema seja visto de forma integral e eficiente. Caso sejam mal confeccionados os protocolos podem aumentar ainda mais a fragmentação do sistema. | SES  | Não houve reação à medida por parte de atores envolvidos.   | Processo de organização do SUS, exigência do Ministério de Saúde.   |
| Portaria n. 53, de 15/03/2013 <sup>7</sup> | Esta iniciativa favorece o cuidado na APS, uma vez que cria uma coordenação específica para apoiar e reger o trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), importante ferramenta de integralidade, porém, esta iniciativa ainda depende de contratação de pessoal para atuar nos cargos do NASF.                                     | SES Profissionais de Saúde   | Não houve reação à medida por parte de atores envolvidos.   | Processo de organização do SUS, exigência da PNAB 2011.   |
| Lei n. 5.181, de 20/09/2013 <sup>8</sup>   | Esta iniciativa se mostrou ao longo do tempo desfavorável à APS, ao ultrapassar os valores permitidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, houve dificuldade para contratação de pessoal e aumento do investimento em áreas mais carentes.  | SES, Sindicatos, Ministério Público, Conselho Distrital de Saúde<br>CLDF | Pressão inicial dos Sindicatos, proposta feita pelo executivo, debate intenso na CLDF, Ação do MPDFT contra a medida. | Governador médico e servidor, medida inicial favorecia apenas médicos e odontólogos depois foi ampliada para todos os servidores. |

<sup>5</sup> Dispõe sobre a criação do Grupo de Trabalho para elaboração da Carteira/Relação de Serviços em Saúde da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (versão para o profissional).

<sup>6</sup> Aprova os protocolos clínicos e de Dispensação de Medicamentos elaborados pelas áreas técnicas da SES-DF e aprovado pela Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde.

<sup>7</sup> Cria no âmbito da Gerência de Gestão da Atenção Primária, da Diretoria de Gestão da Atenção Primária, da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, a Coordenação Central dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do DF, instituído por meio da Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade.

<sup>8</sup> Reestrutura a tabela de vencimento da Carreira Médica do Quadro de Pessoal do Distrito Federal e dá outras providências.

| <b>Iniciativa</b>                          | <b>Descrição</b>   | <b>Atores Envolvidos</b> | <b>Relação de Força</b> | <b>Relação Estrutura/Conjuntura</b>  |
|--|--|--------------------------|-------------------------|--|
| Portaria n. 112 de 13/06/2014 <sup>9</sup> | Esta iniciativa favorece a organização da APS, valoriza o profissional da ponta, que está em maior contato com o usuário, impactando positivamente na coordenação de cuidados. Ponto negativo é o vínculo do trabalho do profissional, a gratificação financeira, tais metas já pertencem ao rol de atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde. | SES<br>SINDSAÚDE<br>ACS  | Pressão do SINDSAÚDE    | Medida nunca foi colocada em prática; historicamente há uma enorme dificuldade para organizar o PAC no DF. |

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

<sup>9</sup> Dispõe sobre a implementação de incentivo para qualificação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e dá outras providências. Iniciativa importante para a valorização do profissional, cria um sistema de valorização financeira de acordo a meta alcançada, ou seja, visitar a 80% das famílias cadastradas na equipe, por mês; e a segunda meta é a porcentagem de acompanhamento de famílias inscritas no Bolsa Família cadastradas na equipe, devendo chegar a 80% de acompanhamento por semestre.

## **Evento Determinante na Gestão 2011-2014**

Como pode ser observado no Quadro 2, as iniciativas de impacto direto na APS não foram contestadas por atores, porém, uma iniciativa afetou diretamente as Políticas em Saúde e deve ser vista com atenção especial - a Revisão do Plano de Cargos e de Carreira dos Servidores Públicos do GDF.

A Lei n. 5.181, de 20 de setembro de 2013, que “Reestrutura a tabela de vencimentos da Carreira Médica do Quadro de Pessoal do Distrito Federal e dá outras providências”, foi comemorada por servidores e sindicatos de médicos, porém, foi alvo de críticas por parte de outras categorias vinculadas ao serviço público, uma vez que todas as carreiras apresentavam defasagem salarial.

Houve grandes mobilizações por parte de outros sindicatos da administração direta do GDF, cobrando isonomia no tratamento dado aos médicos e odontólogos. Logo, uma onda de campanhas salariais se formou mobilizada pelo Sindicato dos Servidores (SINDSER), SINDMETRO/DF, SINPRO/DF, STIU-DF, SAE-DF, entre outros, pressionando o Governo e o Legislativo. A ação sindical surtiu efeito e a Câmara Legislativa foi gradualmente mudando a lei inicial e estendendo os benefícios a todos os servidores da administração direta do GDF, pelas Leis n. 5.227 e n. 5.187, ambas de 2013.

Estas medidas levaram o DF a sobrepesar o teto permitido com gastos com servidores, estabelecido na Lei de Responsabilidade Fiscal, gerando uma crise financeira, logo noticiada em todos os meios de comunicação. Em consequência, o MPDFT ajuizou, em 2013, uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) contra a reestruturação, justificando que o aumento de salário proposto pelos novos planos não foi discutido na Lei de Diretrizes Orçamentárias nos anos de 2013 e 2014. O recurso foi julgado improcedente pelo TJDF e pelo STF, mantendo-se, assim, a revisão aprovada.

Segundo o Portal da Transparência, o Distrito Federal passou entre os anos de 2014 a 2017, acima do limite prudencial de gastos com pessoal, ou seja, provisionou 46,55% de gasto de sua receita com pagamento a servidores. Promovendo estagnação de contratação e pouco aumento de investimento em vários setores, principalmente no setor saúde (DISTRITO FEDERAL, 2018).

### 6.2.2 Análise da Conjuntura Período 2015-2018

Na gestão 2015-2018, que ocorre simultaneamente com o segundo mandato da presidente Dilma Rousseff, o clima político do país se deteriorava e o reflexo da crise institucional e política são sentidos por estados e municípios, muitos governos começaram a buscar novas formas para gerir o caos na saúde. As principais queixas referiam-se a dificuldades para arcar com salários de servidores, a diminuição da oferta de serviços de saúde e a deterioração da qualidade dos serviços prestados.

O processo de *impeachment* da presidenta foi aberto e conduzido de forma espúria e injusta, levando o Brasil de volta a um governo liberal, com o Vice-Presidente Michel Temer assumindo a presidência do país.

A rapidez de cortes em programas sociais, a proposta de diminuição de financiamento e o deterioro da economia nacional são fatores que pioraram a situação da saúde em seu todo.

Começa-se a ver novos atores sociais entrando em cena, políticos ligados a saúde privada voltam a ocupar cargos de importância no Ministério da Saúde. As propostas de limitação do teto de gastos, desvinculação de receitas, abertura para o capital estrangeiro na saúde, debates acerca de Planos de Saúde Populares, a inviabilidade de financiamento do SUS, tomaram destaque em 2018, dando a clara ideia de qual caminho se trilharia a partir daí.

No DF, novo governo assume com servidores da saúde em greve, desde dezembro de 2014, e assim mantiveram por mais dois meses, cobravam as promessas feitas no governo anterior.

O Plano Distrital de Saúde, aprovado pela Resolução do Conselho de Saúde do DF, n. 457, de 5 de abril de 2016, traz a Análise de Situação da Saúde, caracterizando o território e o Sistema de Saúde do DF, assim como o seu perfil epidemiológico. Segundo esse documento, a população estimada para 2014 no Distrito Federal era de 2.852.372 habitantes. A divisão demográfica por Região Administrativa (RA) demonstrava que Ceilândia era a mais populosa, com mais de 400 mil habitantes e tendo os adultos de 15 a 59 anos como a maior parcela da população (65,56%) (DISTRITO FEDERAL, 2016).

As informações relativas ao Sistema de Saúde, contidas naquele plano, trazem dados da sua estrutura e divisão administrativa, afirmando que o DF contava à época, com 113 Unidades Básicas de Saúde, divididas entre Centros de Saúde Tradicional (59), Centros de Saúde da Família (7), Clínicas da Família (9) e Postos de Saúde Rurais e Urbanos (38), estando 59 destes como unidades alugadas, cedidas ou em comodato. Também contava com 12 Unidades Hospitalares, sendo três de referência e seis Unidades de Pronto Atendimento (DISTRITO FEDERAL, 2016).

Sobre a cobertura da APS, o documento afirma que, em julho de 2015, a cobertura por ESF era de 25,45% da população (242 equipes), 63,32% de cobertura pela AB Tradicional e 28,89% de cobertura por Equipe de Saúde Bucal (ESB). No documento a gestão propõe elevar a cobertura de ESF para 50% da população, criar 50 Equipes de Saúde Bucal, sendo 10 estabelecidas em 2016, 10 em 2017, 15 em 2018 e outras 15 em 2019, além da construção de 64 novas UBSs, a ampliação de 18 unidades e reforma de 69 até 2019 (DISTRITO FEDERAL, 2016).

No documento, o governo promete conformar e organizar as Redes de Atenção à Saúde, implementando um Sistema de Saúde com integração entre os serviços e orientados pela Atenção Básica de Saúde. Propõe ainda: consolidar e expandir a Rede Cegonha em todas as Regiões de Saúde; organizar a Rede de Urgência e Emergência (RUE), com ênfase no Acolhimento com Classificação de Risco; desenvolver a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (Obesidade e Oncologia); ampliar a Rede de Atenção à Saúde Mental (transtornos mentais, autismo, álcool e outras drogas); e melhorar, em todas as Regiões de Saúde do DF, a Rede de Atenção às Pessoas com Deficiências (DISTRITO FEDERAL, 2016).

Apesar de elevar a cobertura de ESF para 54,82%, no final do período de governo, não foram cumpridas muitas das promessas contidas no plano. Cabe ressaltar que, para alcançar a cobertura nominal por ESF, houve aporte do Governo Federal com profissionais médicos, mediante a instituição do Programa Mais Médicos, o que permitiu a inclusão de até 120 profissionais nas equipes, descumprindo, porém, a promessa de governo de elevar o quadro de servidores efetivos (DISTRITO FEDERAL, 2015, 2016).

Para a organização das Redes de Atenção à Saúde, o governo lançou, ainda no começo do mandato, portaria estabelecendo a Comissão de Avaliação das RAS, e, em seu último mês de gestão, editou Portaria normatizando o Complexo Regulador de Brasília, descentralizando a oferta de serviços nos Hospitais Regionais. As iniciativas que mais impactaram na saúde do DF, ou repercutiram entre os atores, estão listadas no Quadro 4.

O Conselho Distrital de Saúde teve atuação mais intensa em relação ao período anterior, havendo 38 publicações oficiais, sendo a maioria de cunho burocrático para aprovação de mudanças na estrutura do Conselho.

Foram aprovadas apenas duas recomendações, e sem muita expressão, chamando atenção a aprovação dos Planos Distritais de Saúde ou dos Programas Anuais de Saúde, sem recomendações. Outro achado importante é a igualdade das propostas apreciadas pelo Conselho e posteriormente publicadas pelo Executivo: há muito poucas interrogativas e as aprovações são em sua maioria unânimes, contrastando com o deterioro da saúde no DF.

O MPDFT publicou no ano de 2016 (05/2016 2ª SEC/PROSUS/MPDFT), uma recomendação em relação à intenção da gestão em repassar a administração para as Organizações Sociais (OSs). O documento considera que por outras vezes se tentou repassar a gestão hospitalar a entes não públicos, com efeitos negativos para a população, portanto, recomendou que não se utilizasse desse meio para realizar gestão de serviços de saúde.

Em 2018, o mesmo MPDFT solicitou esclarecimentos sobre as contratações realizadas pelo recém-criado Instituto Hospital de Base (Representação 31/18 - Processo n. 24.701/18). Segundo o documento, há indícios de irregularidades na contratação de uma empresa especializada em Serviços de Radiologia, envolvendo mais de 21 milhões de reais. Segundo o MP, é questionável o processo licitatório, pois das três empresas que se alistaram, duas eram de Goiás e uma, de Brasília, que não teria o capital social compatível com o tamanho do contrato assinado.

O SINDMÉDICO foi bastante crítico durante a gestão 2015-2018, sendo que em todos os editoriais do Sindicato há críticas à gestão em saúde do DF, apontando diversos problemas. Há intenso debate acerca das Organizações Sociais em 2017, colocando o Sindicato contra a proposta de privatização da gestão em saúde.

Já o SINDSAÚDE e o Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Saúde do DF, durante a gestão 2015-2018, mantiveram as atividades de defesa das respectivas categorias, com as pautas voltadas contra as OSs. Como já destacado anteriormente esta categoria estava em greve e a manteve por mais de dois meses, a fim de pressionar o Executivo a cumprir as promessas anteriores.

Foram realizadas reuniões em quase todos os Centros de Trabalhadores explicando a proposta de implantação das OSs do governo, esta mobilização foi fundamental para contrapor a proposta, ainda nos primeiros anos de gestão.

No ano de 2017, o coletivo trava uma intensa luta contra a proposta do governo que cria o Instituto Hospital de Base, alegando que o instituto seria uma forma de burlar a lei e implementar o ente privado dentro da saúde pública.

Na Câmara Legislativa, para o período da gestão, mais da metade dos deputados se mantiveram no cargo com a reeleição, havendo diminuição da bancada do PT. Semelhante ao mandato anterior, a pesquisa no site, para os descritores selecionados, encontrou maioritariamente sugestões e solicitações à SES.

Em 2016, a Câmara Legislativa teve um papel fundamental para o equilíbrio da correlação de forças para o setor saúde. Foi pautado e votado em primeiro turno o Projeto de Lei n. 1.192/2016, que revoga a Lei n. 4.081, de 4 de janeiro de 2008, que versava sobre a utilização das Organizações Sociais no âmbito do Governo do Distrito Federal. Esta iniciativa vem como resposta às declarações do governo sobre as intenções de repassar a gestão da APS, das UPAs e Hospitais a Organizações Sociais. Revogando a Lei n. 4.081, não havia meios legais para estabelecer a gestão indireta a partir de parcerias com as OSs.

Porém, em outro momento, contraditoriamente, a Câmara Legislativa promulga a Lei n. 5.899/2017, que autoriza o Executivo a instituir o Instituto Hospital de Base, repassando a gestão do centro hospitalar para uma empresa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, em outras palavras, autoriza a gestão indireta neste hospital. Tal medida se deu em resposta à solicitação enviada pelo Executivo, com pouco debate e em meio à pressão do

Governador, deixando brechas para uma posterior mudança na lei e ampliação da gestão indireta dentro do SUS no DF.

#### **6.2.2.1 Propostas do Poder Executivo na gestão 2015-2018**

Durante a gestão 2015-2018, foram publicadas várias iniciativas pelo Executivo, a maioria destas, tal como no governo anterior, sendo de mudanças na estrutura da Secretaria de Saúde, criação ou extinção de cargos comissionados, nomeando ou exonerando servidores, readequação orçamentária, etc.

Para o descritor Estratégia Saúde da Família, foram encontrados dez atos publicados, observa-se aqui políticas mais amplas, com maior possibilidade de impacto no processo de trabalho e, conseqüentemente, no cuidado. Para o descritor Atenção Primária à Saúde, encontrou-se 87 publicações, e para Atenção Básica de Saúde, apenas duas menções foram localizadas.

Durante esta gestão, o Executivo propôs por duas vezes mudanças radicais na gestão direta da SES sobre o SUS, tentando incorporar as Organizações Sociais no começo do período de gestão para a APS, as UPAs e Hospitais, porém, por articulação dos legisladores, não alcançou o objetivo.

Já no final do período, através de uma permissão da própria Câmara Legislativa, criou-se uma empresa pública para gerir o Hospital de Base, abrindo espaço para a futura incorporação de outros setores da saúde na gestão indireta, confirmado pelo governo atual (gestão 2019-2022), que ampliou sua cobertura e a transformou em um Instituto de Gestão para todo o DF.

Após a primeira tentativa frustrada de utilizar a gestão indireta no SUS, o Executivo passou a criar políticas com agendas propositivas para a AB, iniciando com a primeira fase de descentralização da gestão e a criação das Superintendências Regionais, finalizando com a proposta de conversão do modelo tradicional de AB com especialistas focais, para o modelo de Estratégia de Saúde da Família.

O Quadro 3 lista as principais iniciativas propostas pelo Poder Executivo durante a gestão 2015-2018.

Quadro 3 – Propostas do Executivo no período de gestão 2015-2018

| <b>Iniciativa</b>                              | <b>Característica</b>  | <b>Atores envolvidos</b>                               | <b>Relação de Forças</b>   | <b>Rel. Estrutura/Conjuntura</b>                         |
|--|--|--|--|--|
| Portaria n. 201, de 6/08/2015 <sup>10</sup>    | Esta iniciativa já no começo do governo tem um efeito favorável para a APS do Distrito Federal; segundo a Portaria, tal grupo estaria encarregado de rever o trabalho da Central Reguladora do Distrito Federal, buscando ampliar e efetivar o trabalho em Rede, tendo a APS como porta de entrada e organizadora do sistema. Ainda que de forma lenta e desigual entre as distintas RAs, a Rede de Atenção vem se aperfeiçoando, aumentando a oferta de serviços nas unidades mais distantes do centro de Brasília, ampliando o acesso do usuário a outros níveis de atenção. | SES  | Não houve reação à medida por parte de atores envolvidos.  | Em acordo ao Plano Distrital de Saúde.                   |
| Decreto n. 37.057, de 14/01/2016 <sup>11</sup> | Ainda que seja insuficiente, pois não descentraliza a distribuição do financiamento, esta iniciativa favorece a organização da APS, iniciando um longo caminho na concretização de um dos princípios do SUS no país.   | SES Regionais de Saúde                                 | Não houve reação à medida por parte de atores envolvidos.  | Em consonância com a diretriz de Descentralização do SUS |
| Portaria n. 77, de 14/02/2017 <sup>12</sup>    | Esta iniciativa, talvez a mais importante dos últimos tempos, busca reorganizar a APS em toda sua estrutura, colocando a Estratégia Saúde da Família como principal política de AB no DF. Esta iniciativa é bastante abrangente, traz os princípios e diretrizes compatíveis, ainda com ressalvas, a PNAB de 2011, tratando a APS como ente central e organizador da Rede de Assistência à Saúde.  | SES<br>SINDMÉDICO,<br>SINDSAÚDE<br>Servidores Públicos | Houve grande mobilização por parte do SINDMÉDICO, proposta apoiada por outros Coletivos na Saúde como o SINDSAÚDE. | Em consonância com a PNAB 2011/2014.                     |

<sup>10</sup> Designar Grupo de Trabalho composto pelos servidores abaixo listados para, sob a Coordenação do primeiro, analisar, estudar e propor mudanças na regulação ambulatorial do SUS-DF, com vistas a ampliar o acesso da população aos serviços especializados.

<sup>11</sup> Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências.

<sup>12</sup> Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

| Iniciativa                                   | Característica  | Atores envolvidos                          | Relação de Forças   | Rel. Estrutura/Conjuntura   |
|--|---|--|---|---|
| Portaria n. 78, de 14/02/2017 <sup>13</sup>  | Esta iniciativa favoreceu a APS, uma vez que, sabidamente, a ESF é um modelo mais efetivo. Outro aspecto que colaborou no êxito do Converte foi a abertura de mais equipes, uma vez que muitos profissionais optaram por deixar a APS, ocasionando o incremento de contratações nos concursos públicos para médicos e enfermeiros da família.   | SES<br>SINDMÉDICO<br>Servidores<br>Médicos | Proposta rechaçada pelos médicos, que buscaram derrubar a proposta referindo falta de diálogo por parte do governo. | Proposta esta em consonância com a PNAB e busca o reordenamento da APS. |
| Portaria n. 386, de 27/07/2017 <sup>14</sup> | Em teoria, esta iniciativa deveria favorecer a APS, porém, na prática, se observa um incremento deste tipo de atendimento nas UBS, devido a falta de estrutura das unidades hospitalares para o atendimento, causando desorganização nas equipes de ESF, pois estas são insuficientes.  | SES<br>APS<br>Hospitais e<br>UPAs          | Não houve reação à medida por parte de atores envolvidos.   |   |
| Portaria n. 773, de 19/07/2018 <sup>15</sup> | Esta iniciativa tem grande importância para a Rede de Assistência à Saúde (RAS), pois esta Portaria busca conceituar a assistência secundária ambulatorial, tendo a APS como organizadora e reguladora, levando a este nível de atenção à corresponsabilidade pelo cuidado com a saúde do indivíduo. Portanto, favoreceu a APS, organizando fluxos, aumentando o acesso e melhora no cuidado. | SES  | Não houve reação à medida por parte de atores envolvidos.   | Esta proposta esta em consonância com a RAS e prevista na PNAB.         |

<sup>13</sup> Regulamenta o art. 51 da Portaria n. 77, de 2017, estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, e disciplina o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família.

<sup>14</sup> Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal.

<sup>15</sup> Estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária.

| <b>Iniciativa</b>                              | <b>Característica</b>  | <b>Atores envolvidos</b>  | <b>Relação de Forças</b>   | <b>Rel. Estrutura/Conjuntura</b>                      |
|--|--|---|--|---|
| Decreto n. 38.332, de 13/07/2017 <sup>16</sup> | Esta iniciativa mais uma vez vem à tona durante a gestão 2015-2018, é resultado de uma Lei aprovada na Câmara Legislativa que permite criar uma empresa com personalidade jurídica de direito privado, que faça a gestão do Hospital de Base do Distrito Federal, com conselho administrativo próprio e subordinado à SES. Na prática, busca formas para a entrada cada vez mais forte do setor privado dentro das atribuições do Estado; esta somente seria um financiador, portanto desfavorece a APS, pois abre caminho para gestão indireta dentro do SUS. | SES<br>CLDF<br>Sindicatos de Trabalhadores<br>Entidades em defesa do SUS-DF | Esta proposta gerou grande debate entre os atores, houve mobilização por parte dos sindicatos que eram contrários à ideia. | Não há precedentes históricos no DF sobre a proposta. |
| Portaria n. 1.388 de 12/12/2018 <sup>17</sup>  | Esta iniciativa da SES busca criar conceitos e organizar os fluxos de atendimento entre os níveis de atenção e entre instituições dentro do mesmo nível, cria o conceito de Complexo Regulador, Regulação e de Panoramas de Regulação (serviços ofertados nas regiões de saúde, inter-regiões e com o nível central). Esta iniciativa favorece a APS, pois aumenta o acesso e organiza o cuidado a partir da APS.  | SES<br>APS  | Não houve reação à medida por parte de atores envolvidos.  | Esta em consonância com a PNAB 2014.                  |

Fonte: Elaboração do autor.

<sup>16</sup> Dispõe sobre a criação do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal SSA – IHBDF.

<sup>17</sup> Estabelece a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal.

## **Evento determinante na gestão 2015-2018**

Como mostrado no Quadro 3, as propostas da gestão 2015-2018 visaram favorecer, em sua maior parte, a implementação da AB, porém, uma destas iniciativas apresentou maior repercussão entre os atores sociais e também é a de maior impacto no setor saúde.

A Portaria n. 77, de 14 de fevereiro de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e dá outras providências, talvez seja a iniciativa com maior poder de impacto na implementação da APS no DF. Tal portaria busca reorganizar a APS em toda sua estrutura, colocando a Estratégia Saúde da Família como o único modelo de Atenção Primária. Esta iniciativa é bastante abrangente, traz os princípios e diretrizes compatíveis, ainda que com ressalvas à PNAB de 2011. Complementada, finalmente, com a Portaria n. 78, que regulamenta o art. 51 da Portaria n. 77, de 2017, e disciplina o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família.

Chamado de Converte, a Portaria 78, buscava aumentar o quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros em Equipes de Saúde da Família; na prática, os profissionais inseridos em equipes de AB Tradicional deveriam optar por integrar a Atenção Secundária Ambulatorial ou mudar a lotação de carreira para Médicos de Família e Comunidade, Enfermeiros de Família e Comunidade, integrando, assim, as Equipes de Saúde da Família, com todas as suas atribuições conforme previsto na Portaria n. 77.

A lei estabelece que haja um curso de capacitação dos profissionais para atuarem na ESF, finalizando com um exame para provar capacidade.

Muitos especialistas focais desistiram do curso e foram remanejados dentro da atenção secundária na SES. Segundo o estudo publicado em 2019, havia, em 2016, 328 médicos, 408 enfermeiros e 1.046 técnicos em enfermagem em equipes tradicionais da AB. Houve adesão em massa de enfermeiros e técnicos de enfermagem, e dos 328 médicos, somente 110 foram aprovados no exame final de capacidade e passaram a integrar as ESFs (FONSECA, 2019).

Esta iniciativa foi muito criticada por corporações médicas, como o SINDMÉDICO e a Associação Médica de Brasília, argumentando falta de

debate em torno da proposta e ilegalidade na obrigação de mudança de especialidade por parte de profissionais, afirmando que estes não estavam aptos para a mudança de carreira.

Apesar de controversa, esta iniciativa levada adiante pelo Executivo, fez que os profissionais, após 60 dias de curso, passassem a integrar as ESFs com todas suas atribuições, destacando que tal ação foi positiva para a AB do Distrito Federal, aumentando a cobertura a quase 70% (Quadro 1), colocando a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário de APS.

### 6.3 DISCUSSÃO

Baseando-se nos conceitos do Pensamento Estratégico, Mario Testa traz em sua obra *Pensar Salud* (2014), a análise do Poder em dois principais eixos, o primeiro correspondendo aos resultados do seu exercício, e o segundo, aos recursos que o Poder utiliza dentro do setor saúde.

Sobre Resultado do Exercício do Poder, o autor afirma:

[...] existe un poder cotidiano que se refiere a qué y cómo hacer las cosas, esto genera una disputa (a nivel de las distintas organizaciones) en la que los aliados naturales son los que comparten una misma division social del trabajo, [...] la disputa por el poder cotidiano está inserta en el Poder Societal, de largo plazo, referido al tipo de sociedad a construir [...] (TESTA, 2014, p. 83).

Em países capitalistas subdesenvolvidos, a prática política cotidiana pode ser bastante tumultuada quando interesses financeiros colocam em cheque a real natureza das Políticas Públicas. Tratando-se do setor saúde, sabe-se que há um mercado consumidor novo, ávido por tecnologias e milagres científicos, muito longe do que os Sistemas Públicos de Saúde em países do terceiro mundo podem oferecer.

Nota-se que a conjuntura regional da América Latina vem se modificando ao longo dos anos. Observou-se uma onda de governos com tendência de esquerda, trazendo políticas de redistribuição de renda, equidade social, tratando a saúde como direito e não como mercadoria.

O Poder Cotidiano influenciava o Poder Societal, transformando a sociedade e incomodando quem historicamente dominou através do dinheiro.

Utilizando-se de táticas de manipulação financeira e midiática, plantou-se a dúvida: seriam estes governos progressistas realmente capazes de resolver os problemas históricos das sociedades? Protestos populares, golpes parlamentares e militares, guerras híbridas e midiáticas, foram utilizados instalar o caos e trazer de volta a elite ao poder, exatamente como ocorreu no Brasil após o *impeachment* da Presidente Dilma Rousseff.

Testa traz o conceito gramsciano da estratégia utilizada para tomar o Poder. Estas são formas de se aceder ao Poder de Decisão sobre as políticas de um país, e se conhecem dois tipos: guerra de trincheiras e assalto ao Poder. A primeira é uma forma de luta, em que, ao invés de uma ação rápida e definitiva, se utiliza a tática de ocupação paulatina de espaços que pouco a pouco vão se transformando em espaços sólidos (trincheiras), de onde se pode avançar de acordo a conjunturas favoráveis. Na segunda estratégia há um enfrentamento total, físico e material, tratando-se de ocupar por assalto, para tomar o Poder (TESTA, 2007).

Nos primeiros anos da gestão de 2011-2014, no Ministério da Saúde houve revisão das necessidades do SUS, incluindo a revisão do financiamento e do papel desenvolvido pela APS. Destaca-se o fato de que os governos distrital e federal pertenciam ao mesmo partido (Partido dos Trabalhadores), podendo facilitar a comunicação e execução das diretrizes.

Já durante a gestão 2015-2018, o cenário político no país havia se transformado radicalmente. Após o golpe parlamentar aplicado à Presidente Dilma Rousseff, as iniciativas políticas tomam outra direção, o governo de Michel Temer aplica uma agenda de restrição orçamentária, tendo o gasto público como o grande vilão dos problemas vividos no país. As iniciativas que visam diminuir gasto público, como a EC nº 95 e a Portaria de Desvinculação de Receitas, mostram claramente os novos rumos em políticas públicas.

Houve uma ruptura abrupta e inconstitucional do Poder Cotidiano, o que levaria incontestavelmente a consequências nefastas no futuro do país.

O segundo eixo de análise, segundo Testa, corresponde aos tipos de Poder e os recursos que o Poder oferece a atores dentro do setor saúde.

Os Planos Distritais de Saúde trazem informações científicas importantes, seja para informar a situação de saúde do DF, seja para propor mudanças, que são expressão do recurso do Poder Técnico que os gestores

utilizam. Os dados epidemiológicos são de grande valia para análise da situação de saúde, porém, podem ser utilizados para destoar a realidade e justificar opções que não são positivas para o sistema. Os gestores, por exemplo, não detalham como seriam aplicadas as mudanças necessárias, faltam dados concretos sobre a forma como serão desenvolvidas as iniciativas propostas.

Além do Recurso Técnico, também é utilizado o recurso de Poder Político, pois muitas propostas que não constavam nos Planos Distritais foram pautadas durante o mandato, mesmo sem apoio técnico. Os documentos não fazem alusão a mudanças no modelo de gestão para as Organizações Sociais ou Institutos Autônomos, tampouco sobre aumento de salários ou reestruturação de planos de cargos e carreira. Não houve debate entre todos os atores envolvidos, portanto, não deveria ter sido levado como proposta para o setor saúde.

As iniciativas da gestão de 2011-2014, como visto, procuram ir de encontro às diretrizes do Ministério da Saúde, não há grandes propostas de mudança dentro da estrutura da SES, as iniciativas que visaram fortalecer a AB foram insuficientes para avançar na proposta do Plano Distrital de Saúde. A medida que mais impactou, durante a gestão, foi a atualização salarial e a revisão do Plano de Cargos e de Carreira.

Movimentos paradoxais são encontrados no momento de analisar as iniciativas da gestão 2015-2018, políticas propositivas, e ao mesmo tempo, iniciativas desagregadoras com objetivos pouco claros. As iniciativas de reestruturação do Sistema de Saúde, propostas nesta gestão com utilização do recurso Técnico do Poder, propunham organizar a Rede de Atenção à Saúde, e se alinhavam ao necessário para melhorar a efetividade do sistema.

A proposta de mudança para o modelo de Gestão Indireta no início do seu governo foi debatida e rejeitada pelos legisladores, os recursos do Poder Político e Administrativo foram amplamente utilizados, no momento em que o governo não convence, através do Poder Técnico, a real necessidade de mudança de gestão.

Mario Testa dialoga sobre os Atores Sociais em vários trabalhos. Traz-se aqui uma reflexão elencada no livro *Pensamiento Estratégico y la Lógica de Programación*:

[...] en dependência de la constitución de la clase, como forma de concreción de sus intereses comunes, o dicho em términos marxistas se trata de la efectiva transformación de la clase en sí en clase para sí: el sindicato, el partido, o la búsqueda de nuevas formas de organización de los intereses populares [...] (TESTA, 1989, p. 53).

Sobre o primeiro ator social analisado, o Conselho Distrital de Saúde, entende-se que indivíduos podem exercer poder dentro dos coletivos. Percebe-se que o Conselho de Saúde está fortemente ligado ao processo político-ideológico da gestão de momento, faltam elementos que demonstram a independência do Conselho, a falta de recomendações aos gestores não condiz com a realidade da situação de saúde e o papel do controle social dentro do SUS.

Os Atores Coletivos, neste caso os grupos de representação, tiveram um papel fundamental no equilíbrio do Poder. No caso do SINDSAÚDE, mostram-se enraizados nas práticas representativas, conseguem desenvolver atividades de defesa dos interesses de seus representados. Os principais recursos utilizados são os da Política, devido a sua capacidade de gerar mobilizações no setor saúde, geralmente em busca de melhores condições salariais e de trabalho.

O Sindicato dos Médicos defende majoritariamente os interesses da categoria, sem medir as consequências de suas inquietações para o coletivo; há que entender que coletivos, dentro do processo histórico, não se comportam como classe social. Testa define da seguinte maneira:

[...] la transformación de un sujeto individual en un sujeto colectivo (grupo o clase) va a depender de los intereses comunes del conjunto, los que estarán relacionados casi siempre (en los países capitalistas subdesarrollados dependientes) con las circunstancias generadas en las condiciones específicas en que se realiza el proceso de trabajo conjunto (el trabajo concreto) (TESTA, 2007, p. 56).

A luta por melhores condições de trabalho, incluindo melhoria dos salários, é justa e não se busca aqui diminuir o mérito ou a necessidade. Estas entidades defendem suas respectivas categorias, porém, carregam consigo uma responsabilidade social, representada pela consequência de suas reivindicações.

O ator social Ministério Público detém em seu poder diversos recursos que podem desequilibrar a correlação de forças. Apresenta força jurídica para barrar ou dificultar processos que poderiam ser prejudiciais ao sistema de

saúde, porém, quando não atua, seja por dificuldades institucionais, seja por falta de vontade política, o desequilíbrio tende a ser pior para o sistema.

O Poder Técnico e Administrativo, trazido à tona pelo Ministério Público durante a iniciativa que aumentava os salários de servidores, deixava claro que tal medida poderia impactar negativamente no futuro, inclusive com contestação jurídica da medida. Nesta correlação de forças, a capacidade de gerar mobilização dos atores representativos influenciou diretamente na criação da iniciativa.

O recurso do Poder Administrativo foi utilizado pela Câmara Legislativa no início da gestão 2015-2018, quando da votação em primeiro turno do Projeto de Lei que revoga a permissão de utilização de Organizações Sociais no setor saúde. Historicamente o DF apresenta altos índices de utilização da saúde privada, porém, este mercado já está em plena disputa, e a fatia do financiamento público do SUS atrai cada vez mais interessados. Este repasse direto dos cofres públicos a organizações independentes é sabidamente nocivo para o sistema, não diminui o gasto e ainda piora a oferta de serviços.

A criação e revogação de leis é um atributo de força da Câmara Legislativa e foi utilizado para cessar o ataque à gestão direta proposta durante o governo 2015-2018.

O conceito dos tempos que o Poder utiliza, trazido por Mario Testa, depende do tipo do recurso utilizado. O caso das Comissões de Trabalho, lançadas nos dois governos, mostra a necessidade do tempo no Poder Técnico, em que uma estrutura científica é montada para buscar dados técnicos que justificam a implementação de políticas.

## 7 SÍNTESE E RECOMENDAÇÕES

Esta pesquisa buscou estudar o processo de implementação da AB no DF, durante os períodos de 2011-2014 e 2015-2018, identificando as iniciativas mais relevantes e conhecendo quais os contextos sociais e políticos estiveram presentes no processo.

A análise do contexto histórico da APS no DF exhibe fluxos e influxos que caracterizam um processo sem linearidade que mostre uma prioridade contínua e efetiva nos distintos governos. Na implementação da APS no DF, observa-se que, apesar de conter metas e propostas presentes nos Planos Distritais de Saúde, na prática, as políticas são desconexas, antagônicas e frágeis do ponto de vista político. Sob essa perspectiva, os atores sociais manobram desviando a atenção e recursos para suas demandas, deixando a consolidação da APS secundarizada.

O contraste com o resto do país, caracterizado pelas sucessivas baixas coberturas de ESF, ao longo dos anos, é resultado da fragilidade e instabilidade das iniciativas. Pode-se afirmar que, em ambos os períodos de gestão, não houve robustez de iniciativas e estratégias capazes de consolidar a AB no DF, que ainda patina num quadro preocupante em relação ao resto do país.

Ainda que, na gestão de 2011-2014, o cenário federal do SUS fosse favorável para a implementação de iniciativas impulsionadoras para a AB, o governo local cedeu à pressão dos Sindicatos e acolheu a demanda corporativa por aumento salarial e a revisão do Plano de Cargos e de Carreira. Simultaneamente, houve um esvaziamento crescente dos compromissos do início da gestão com a APS.

Já a gestão 2015-2018, apesar de propor iniciativas potencialmente impulsionadoras da AB - como foi o caso da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a mudança no modelo para ESF - ao mesmo tempo, ganham espaço propostas de mudança para gestão indireta de hospitais e UPAS, esvaziando as possibilidades de efetivar as metas propostas no Plano Distrital de Saúde. O fato é que os gestores e governo, além de não obterem êxito no debate com os

atores sociais envolvidos no processo, produziram grandes resistências por parte das corporações de profissionais de saúde.

Dentre os Atores Sociais, destaca-se o papel do Conselho de Saúde do Distrito Federal, por não ficar caracterizada sua autonomia e se confundir aos interesses dos gestores, enfraquecendo o papel esperado para o controle social do SUS. A exigibilidade presente nas recomendações é fragmentada e não sustenta um projeto político para a saúde no DF.

Os demais atores sociais analisados tiveram papel importante no contexto histórico das políticas que mobilizaram ambos os governos. O papel desempenhado pelos sindicatos, na luta por melhores salários e pelo Plano de Carreira, foi intenso e vitorioso. Destaca-se que esse ator não comparece no cenário de disputa com reivindicações fundamentadas na mudança para um modelo de atenção ordenado pela APS, como observado na Portaria 77. Da mesma forma, a influência da Câmara Legislativa e do Ministério Público foi bastante ativa no debate em torno do modelo de gestão na saúde do DF, ainda que não prevalecessem interesses expressivos para a APS.

Este estudo apresenta indícios sobre como reagiram as forças e relações de poder na vigência da implementação de iniciativas de mudanças no setor da saúde no DF. Sob essa perspectiva, acaba exibindo interesses presentes no jogo entre os atores, crucial para a força e potência de uma decisão ou política de governo para a saúde.

Entre as limitações deste tipo de estudo estão as dificuldades para captar a amplitude da ação dos atores sociais, que disputam o poder em torno das políticas de saúde, de forma a compreender em profundidade como são estabelecidas as correlações de forças, as alianças e estratégias que influenciarão a linearidade e a consistência das políticas públicas em saúde.

A relevância das análises políticas em saúde se circunscreve na necessidade de entender como as decisões e as políticas de saúde estão submetidas a complexos cenários e atores sociais.

Essa modalidade de conhecimento é importante não apenas para identificar, prever e indicar estratégias para planejadores e gestores em relação às suas iniciativas políticas, mas também são úteis para analisar e antecipar-se às reações de atores sociais e políticos que exercem poder, induzem ou tomam

decisões, aprofundando o conhecimento acerca do cenário político e suas repercussões sobre os rumos da saúde.

Sob essa perspectiva, surge a recomendação para agregar, à Sala de Situação de Saúde do Distrito Federal (<https://salasit.saude.df.gov.br/>), um Observatório de Análise Política da Saúde como estratégia útil na consolidação do SUS no Distrito Federal.

Um ambiente virtual que reúna as informações necessárias para a realização de estudos que visam analisar a conjuntura em torno das políticas públicas em saúde no DF. Tal proposta seria pensada e executada através da Escola de Ciências da Saúde do Distrito Federal e da Secretária de Saúde do DF.

Em um importante estudo realizado por Novelli (2004) sobre os Observatórios de Saúde, a autora realiza uma Revisão Integrativa na Literatura e mostra a importância deste instrumento para o campo de análise de políticas.

Segundo a autora, os Observatórios de Saúde proporcionam recursos para a criação de um espaço acadêmico e de registro de dados, com o objetivo de acompanhar um tema específico, monitorar tendências em saúde, identificar falhas no sistema de informação em saúde, mostrar as iniquidades no acesso ao Sistema de Saúde e aglutinar informações em diferentes visões, ampliando o leque de informações para contínua análise (NOVELLI, 2004).

No Brasil, há um grande projeto de observatório político em Saúde, coordenado por grandes professores e cientistas políticos, o Observatório de Análise Política em Saúde ([www.analisepoliticaemsaude.org](http://www.analisepoliticaemsaude.org)), vinculado à Universidade Federal da Bahia (UFBA). O mesmo está formado por uma rede de estudiosos em saúde da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, inseridos em várias instituições de pesquisa, e objetiva proporcionar um ambiente de análise crítica das Políticas de Saúde no Brasil.

O ambiente de fácil acesso, com várias formas de interagir com o material, os muitos documentos oficiais, as linhas do tempo, os estudos e trabalhos relacionados, oferecem ferramentas a qualquer leitor para realizar uma análise política em saúde.

Propõe-se então a criação do Observatório de Análise Política em Saúde do Distrito Federal, envolvendo Instituições de Ensino Superior, como ESCS e UnB, a SES, aos moldes do Observatório anteriormente referido. Tendo a

atribuição de concentrar as informações locais, trabalhos publicados, iniciativas e ações oficiais dos governos, assim como acompanhar e analisar as reações e influências dos atores durante a criação e desenvolvimento das políticas públicas em saúde. Esse Observatório poderia fomentar a realização de novos trabalhos de análise política em saúde, bem como facilitar o estudo de fenômenos e interesses que permeiam a criação e desenvolvimento destas políticas, democratizando e socializando informações, estudos e investigações no âmbito das políticas públicas em saúde, particularmente atendendo os interesses e necessidades da população do Distrito Federal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva. Notas sobre definições de fato social, histórico e político: subsídios para análise política em saúde. **Observatório de Análise Política em Saúde**. p.1-14, 2016. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/147428574757dfd0b3e7102/>. Acesso em: 20 maio 2019.

ANDRADE, Márcio Magalhães de. Proposta para um resgate historiográfico: as fontes do SESP/FSESP no estudo das campanhas de imunização no Brasil. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 843-848, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10s2/a21v10s2.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2019.

BANDINO, S. E. **Planejamento estratégico-situacional em saúde**. 1. ed. CCDD – Centro de Criação e Desenvolvimento Dialógico. UNINTER-Centro Universitário, 1988.

BARBOSA, Frederico S. et al. Atenção à saúde e educação médica: uma experiência e uma proposição. **Educación Médica y Salud**, Washington, v. 11, n. 1, p. 26-40, 1977. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4838.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2019.

BARTOLOMEI, C. et al. **Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública Legislação em Saúde**. 2 ed ed. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde / Saúde Pública Brasil, São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, jul./2004. Disponível em: [files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese\\_Políticas\\_publicas.pdf](files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf). Acesso em: 13 mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DE SAÚDE. VIII Conferência Nacional de Saúde (17-21.03.1986) - **Relatório Final**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica Ministério da Saúde (PNAB)**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

Cardoso, Janaina Rodrigues, Oliveira, Gustavo Nunes de e Furlan, Paula Giovana. **Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2016, v. 32, n. 3 [Acessado 28 Outubro 2019] , e00009315. Disponível

em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00009315>>. Epub 22 Mar 2016. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00009315>.

CEDOPS. Centro de Documentación Pensar en Salud. **Sobre Mario Testa**. 2014. Argentina: Universidad Nacional de Lanús. Disponível em: <http://www.unla.edu.ar/index.php/fondo-Mario-testa>. Acesso em: 11 ago. 2018.

COSTA, Ana Maria; LIONÇO, Tatiana. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, p. 47-55, 2006.

COSTA, Ester de Souza. **Ações integradas de saúde reforma sanitária e poder: reflexões sobre documentos oficiais**. São Paulo. 1986. 103f. (Dissertação de Mestrado em Administração Hospitalar e Sistema de Saúde). São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1986. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4821/1198800287.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 jul. 2019.

DISTRITO FEDERAL. GDF. **Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015**. Brasília, 2012. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/planodesaude\\_2012\\_2015.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/planodesaude_2012_2015.pdf). Acesso em: 24 jul. 2019.

DISTRITO FEDERAL. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde – 1ª PROSUS. **Termo de Recomendação n. 05/2014**. Disponível em: [http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/recomendacoes/prosus/Recomendacao\\_Profus\\_2014\\_05.pdf](http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/recomendacoes/prosus/Recomendacao_Profus_2014_05.pdf). Acesso em: 24 jul. 2019.

DISTRITO FEDERAL. DAB. **Distrito Federal - Indicadores municipais**. 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapmunDF.def>. Acesso em: 12 jun. 2019.

DISTRITO FEDERAL. GDF. **Plano Distrital de Saúde 2016 a 2019**. 2016. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/PDS\\_2016-2019\\_OFICIAL\\_Parte\\_I.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_I.pdf). Acesso em: 6 jul. 2018.

DISTRITO FEDERAL. **Portal da Transparência do Distrito Federal**. 2018. Disponível em: <http://www.transparencia.df.gov.br/#/orcamento/responsabilidade-fiscal>. Acesso em: 13 jul. 2019.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. **Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 341-360, out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0341.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2019.

FEDERICO, Leonardo. **Contribuciones para la comprensión y crítica del pensamiento estratégico en salud**. Salvador. 2013. 240f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 2013. Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11458/1/Tese\\_Leonardo\\_Federico\\_2013.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11458/1/Tese_Leonardo_Federico_2013.pdf). Acesso em: 11 ago. 2018.

FEDERICO, Leonardo. **Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2015.

FINKELMAN, Jacobo (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

FONSECA, Humberto Lucena Pereira da. **A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, 2019. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0001-7788-4957>. Acesso em: 13 jul. 2019.

GERSCHMAN, Sílvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. **O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais - ANPOCS*, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177-190, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbcsoc/v21n61/a10v2161.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2019.

GIOVANELLA LIGIA. **Atenção básica ou atenção primária à saúde?** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 00029818, p. 05, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

GIOVANELLA, Lígia. **As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, mar. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000100004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000100004&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 22 jul. 2018.

GIOVANELLA, Lígia. **Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa**. Rio de Janeiro. 1989. 361f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 1989. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4983>. Acesso em: 22 jul. 2018.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato. **Trajatória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1409-1419, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000600023&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000600023&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 13 dez. 2018.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato et al. **O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1997-2008, jun. 2019. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000601997&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000601997&tlng=pt). Acesso em: 13 ago. 2019.

GUERRA, Elaine Linhares de Assis. **Manual de pesquisa qualitativa.** Belo Horizonte: Grupo Alma Educação, 2014. Disponível em:  
[http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/anima\\_tcc/gerais/manuais/manual\\_quali.pdf](http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_quali.pdf). Acesso em: 20 jun. 2019.

HILDEBRAND, Stella Maris. **O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal: 1997 a 2006. 2008.** 318 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

LAVRAS, Carmen. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

LIMA, Luci Praciano. **Diagnóstico e processo decisório nas políticas de saúde: as contribuições do CENDES/OPS e do pensamento estratégico de Mario Testa.** São Paulo. 1995. 146f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Estadual de Campinas - 1995. Disponível em:  
[http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/309133/1/Lima\\_LuciPraciano\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/309133/1/Lima_LuciPraciano_M.pdf). Acesso em: 2 jun. 2019.

MAGALHÃES JUNIOR, Helvércio Miranda. **Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade.** *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, PR, v. 52, p. 15-37, 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/lil-774066>. Acesso em: 14 jul. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/OMS/CONASS, 2011. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 12 set. 2018.

MOLINA, Joaquín et al. **O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil.** *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 52, p.190-201, out. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2019.

NEVES, José Luís. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades.** *Caderno de pesquisas em Administração*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996. Disponível em:  
[http://ucbweb.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15482/2195/artigo\\_sobre\\_pesquisa\\_qualitativa.pdf](http://ucbweb.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15482/2195/artigo_sobre_pesquisa_qualitativa.pdf). Acesso em: 6 jul. 2018.

NOVELLI, Virgínia de Fátima. **Observatório de saúde: uma revisão sistemática.** Boletim do Instituto de Saúde, p. 29-32, 2004. Disponível em: [http://www.isaude.sp.gov.br/index.php?cid=1275&revista\\_id=10](http://www.isaude.sp.gov.br/index.php?cid=1275&revista_id=10). Acesso em: 16 jul. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7078/1/Paim%20J.%20Desafio%20da%20Saude%20Coletiva.pdf>. Acesso em: 5 maio 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **Atenção primária à saúde: uma receita para todas as estações?** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343–347, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a04v36n94.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (orgs.). **Saúde coletiva: teoria e prática.** 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica.** 2007. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. **Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 3547-3552, 2015.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas.** Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 1, p. 1–15, jul. 2009. Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6/pdf>. Acesso em: 1 ago. 2019.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** São Paulo: Cengage Learning, 2011.

SILVA, Tiago Parada Costa. **Análise política e análise “de” políticas em saúde: uma diferenciação necessária?** Observatório de Análise Política em Saúde, Debates e Pensamento - OAPS, Salvador-BA, p. 1-11, maio 2018. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/debatespensamentos-tiogoparada-analisepolitica/>. Acesso em: 20 maio 2019.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas uma revisão de literatura.** Sociologias, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em: 16 jul. 2019.

SOUZA, Herbert José de. **Análise de conjuntura**. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1984.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde**. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010, p. 17-32, Disponível em: [http://ses.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/livro\\_planejamento\\_em\\_saude\\_carmem\\_teixeira.pdf](http://ses.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/livro_planejamento_em_saude_carmem_teixeira.pdf). Acesso em: 30 out. 2018.

TEIXEIRA, Carmen; SILVEIRA, Paloma (orgs.). **Glossário de análise política em saúde**. Salvador: EDUFBA, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

TESTA, Mario. **Atención ¿primaria o primitiva? de salud**. Cuadernos Médico Sociales, Rosario, Buenos Aires, n. 34, p. 1-8, dez. 1985. Disponível em: <http://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/04/Testa34.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.

TESTA, Mario. **Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud)**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1989. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279343>. Acesso em: 17 set. 2018.

TESTA, Mario. Pensamiento estratégico. In: TESTA, M. (org.). **Saber en Salud: la construcción del conocimiento**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

TESTA, Mario. **Decidir en salud: ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué?** Salud Colectiva, Buenos Aires, Argentina, v. 3, n. 3, p. 247-257, set./dez. 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73130303>. Acesso em: 2 fev. 2019.

TESTA, Mario. **Pensar salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2014.

URIBE RIVERA, Francisco Javier. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, p. 149-209. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ghgb/pdf/rivera-9788575412480.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wagner de Faria. **Análise de Políticas Públicas: referenciais teóricos e abordagens**. In: GIOVANELLA, L. (org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 59-89.

VIRGENS, João Henrique Araújo; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Revisão da produção científica sobre análise de conjuntura: contribuição à análise política em saúde**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 377-393, out. 2018. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000600377&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600377&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 mar. 2019.