

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Fernanda Vieira de Souza Canuto

**A conversão do modelo de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal e o médico
especialista**

Brasília
2019

Fernanda Vieira de Souza Canuto

**A conversão do modelo de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal e o médico
especialista**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz Brasília, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. José Francisco Nogueira
Paranaguá de Santana

Coorientador: Prof. Dr. Armando Martinho
Bardou Raggio

Brasília
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C235c Canuto, Fernanda Vieira de Souza

A conversão do modelo de atenção primária à saúde no Distrito Federal e o médico especialista / Fernanda Vieira de Souza Canuto; orientador José Paranaçuá. –

Brasília, 2019. 107 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Saúde da Família. – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Brasília, 2019.

1. Sistema Único de Saúde; 2. Atenção Primária à Saúde; 3. Estratégia Saúde da Família. I. Paranaçuá, José, orient. II. Título.

CDU: 614.39

Fernanda Vieira de Souza Canuto

**A conversão do modelo de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal e o médico
especialista**

Dissertação de Mestrado de autoria de Fernanda Vieira de Souza Canuto, intitulada “A CONVERSÃO DO MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL E O MÉDICO ESPECIALISTA”, apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz Brasília.

Aprovado em 25/04/2019

Banca Examinadora

Dr. José Agenor Álvares da Silva
Fiocruz Brasília

Dr. Neilton Araújo de Oliveira
Universidade Federal de Tocantins

Dr. Armando Martinho Bardou Raggio
Fiocruz Brasília

Dr. José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana
Orientador
Fiocruz Brasília

Brasília
2019

AGRADECIMENTOS

E, na finalização desse Mestrado Profissional em Saúde da Família, é hora de agradecer pelas experiências vividas a todos que, de alguma forma, fizeram parte desse processo.

Inicialmente agradeço à Deus a saúde plena, que me impulsiona diariamente a acordar, querer ser uma pessoa melhor e uma médica mais capacitada e humana.

A seguir, agradeço à Fundação Oswaldo Cruz a oportunidade de participar desse Mestrado em Saúde da Família, possibilitando que eu me tornasse uma Pediatra Médica de Família e Comunidade, mostrando, como será evidenciado ao longo deste trabalho, que a medicina só é completa quando ela se permite ser maior do que uma simples especialidade médica.

Agradeço em especial ao meu orientador, professor Paranaguá, que não só me orientou na execução deste projeto, durante as prosas em sua sala de onde se avista o Lago Paranoá, como também me fez admirar ainda mais a saúde pública do nosso país, suas trajetórias de lutas e desafios, sem deixar nunca de lado a poesia, a família e a ternura. Aproveito ainda esse momento para agradecer ao professor Armando Raggio, por enriquecer nossas discussões com sua experiência, seu conhecimento e sua literatura em momentos que ficarão guardados com carinho em meu coração; e à Francisca, estatística e amiga que tornou o caminho menos pedregoso e mais iluminado.

Um agradecimento especial dedico aos participantes desta pesquisa, os colegas médicos da Secretaria de Saúde, que, em muitos momentos, emocionaram-me e foram minha grande motivação para o desenvolvimento da pesquisa nessa temática.

E, por fim, o mais importante agradecimento o faço à minha família: meus pais, Magda e José Eduardo, essência do que sou e do que tenho hoje; meus irmãos, Carlos Eduardo, Vinícius e Rodrigo, meus amigos e incentivadores; meus filhos, Bibi e Rafa, pelas tardes de brincadeiras sem a minha presença e pelos carinhos sorrateiros enquanto eu estudava; e, em especial, meu esposo Álvaro, meu companheiro, colega de profissão, admirador e maior amor.

“Será que todo mundo que faz um projeto tem uma trajetória assim? Será que um projeto nasce claro, inteiro ou ele é construído?”

(Izabel dos Santos)

“Você não percebe como você vai aprendendo. Você vai fazendo as coisas, vai aprendendo e não percebe o quanto já aprendeu, até chegar a um determinado momento que você tem um instante de clareza e tem certeza do que aprendeu.”

RESUMO

O processo de reorganização da Atenção Básica no Distrito Federal em 2017 e 2018 objetivou reduzir as deficiências de um modelo vigente, com vistas ao fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em prol da melhoria das condições de vida da população e da satisfação dos participantes do processo. O objetivo do estudo foi analisar o processo de transferência dos médicos pediatras, clínicos e ginecologistas/obstetras que atuavam na atenção primária à saúde, nessas especialidades, para a carreira de médico de família e comunidade. A pesquisa foi quantitativa, observacional, analítica e transversal, com amostra de 66 médicos. Os dados foram coletados através de um questionário estruturado enviado pelo aplicativo whatsApp, de forma individualizada, para os participantes. Resultados encontrados: a principal motivação dos médicos que participaram do processo era continuar trabalhando na Atenção Primária à Saúde e não apenas manter gratificações salariais inerentes à ESF; 66,7% eram mulheres; 53% eram pediatras; 60,6% nunca tinham trabalhado em uma equipe de saúde da família; os participantes, apesar de não serem médicos de família e comunidade, já apresentavam conhecimento alinhado com os fundamentos da ESF; o cuidado à saúde da criança mostrou-se bem executado pelos médicos, enquanto a dificuldade no manejo da saúde do idoso foi evidenciada. O estudo reforçou a importância da capacitação dos especialistas que participaram da Conversão da Atenção Primária à Saúde e permitiu a elaboração de recomendações com o intuito de qualificar e fortalecer a Atenção Básica no Distrito Federal.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

ABSTRACT

The process of reorganization of Primary Care in the Federal District in 2017 and 2018 aimed to reduce the deficiencies of a current model, aimed at strengthening the Family Health Strategy, in favor of improving the population's living conditions and satisfaction of the participants in the process. The objective of the study was to analyze the transference process of pediatricians, clinicians and gynecologists / obstetricians who worked in primary health care in these specialties to the career of family doctor and community. The research was quantitative, observational, analytical and cross-sectional, with a sample of 66 physicians. The data were collected through a structured questionnaire sent by the WhatsApp application, in an individualized way, to the participants. Results found: the main motivation of the physicians who participated in the process was to continue working in Primary Health Care and not only to maintain pay bonuses inherent to the Family Health Strategy; 66.7% were women; 53% were pediatricians; 60.6% had never worked in a family health team; the participants, although they were not doctors of family and community, already presented knowledge aligned with the fundamentals of the ESF; the health care of the child was well performed by the physicians, while the difficulty in managing the elderly's health was evidenced. The study reinforced the importance of the training of specialists who participated in the Conversion of Primary Health Care and allowed the elaboration of recommendations in order to qualify and strengthen Basic Health Care in the Federal District.

Keywords: Unified Health System. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Work and Education Management.

RESUMEN

El proceso de reorganización de la Atención Básica en el Distrito Federal en 2017 y 2018 objetivó reducir las deficiencias de un modelo vigente, con miras al fortalecimiento de la Estrategia de Salud de la Familia, en favor de la mejora de las condiciones de vida de la población y de la satisfacción de los participantes en el procedimiento. El objetivo del estudio fue analizar el proceso de transferencia de los médicos pediatras, clínicos y ginecólogos / obstetras que actuaban en la atención primaria a la salud, en esas especialidades, para la carrera de médico de familia y comunidad. La investigación fue cuantitativa, observacional, analítica y transversal, con una muestra de 66 médicos. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario estructurado enviado por la aplicación whatsApp, de forma individualizada, para los participantes. Resultados encontrados: la principal motivación de los médicos que participaron en el proceso era continuar trabajando en la Atención Primaria a la Salud y no sólo mantener gratificaciones salariales inherentes a la ESF; El 66,7% eran mujeres; El 53% eran pediatras; 60,6% nunca habían trabajado en un equipo de salud de la familia; los participantes, a pesar de no ser médicos de familia y comunidad, ya presentaban conocimiento alineado con los fundamentos de la ESF; el cuidado a la salud del niño se mostró bien ejecutado por los médicos, mientras que la dificultad en el manejo de la salud del anciano fue evidenciada. El estudio reforzó la importancia de la capacitación de los especialistas que participaron en la Conversión de la Atención Primaria a la Salud y permitió la elaboración de recomendaciones con el propósito de calificar y fortalecer la Atención Básica en el Distrito Federal.

Palabras clave: Sistema Único de Salud. Atención Primaria a la Salud. Estrategia de Salud de la Familia. Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Mapa das Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2017.....	28
Ilustração 2 – Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal, 2018	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Superintendências das Regiões de Saúde e RA, Distrito Federal, 2018.....	29
Tabela 2 – Situação da cobertura da Estratégia Saúde da Família no DF – fevereiro, 2016	31
Tabela 3 – Distribuição do grupo de médicos que optaram pela mudança de especialidade na SESDF por região de saúde, Brasília-DF, 2018	37
Tabela 4 – Tempo de médico na SESDF X motivo principal que o levou a optar pela função de médico de família e comunidade, após o Converte APS, 2018	58
Tabela 5 – Tempo de médico na SESDF X tempo de trabalho na APS da SESDF, 2018.....	59
Tabela 6 – Tempo de trabalho na APS da SESDF X especialidade médica, 2018.	59
Tabela 7 – Especialidade médica X grau de concordância se a capacitação teórica/prática oferecida pelo Plano de Conversão da APS facilitou sua atuação na função de médico de família e comunidade, 2018.....	60
Tabela 8 – Participação em alguma capacitação na temática da Saúde da Família antes de 2017, ou seja, antes da adesão ao Plano de Conversão da APS no DF x grau de adaptação no cuidado a pacientes de todas as idades, 2018	61
Tabela 9 – Se já trabalhou na ESF antes do processo de conversão da APS ocorrida no DF em 2017 x grau de adaptação no cuidado a pacientes de todas as idades, 2018	62
Tabela 10 – Especialidade médica x grau de adaptação no cuidado a pacientes de todas as idades, 2018.....	62
Tabela 11 – Região de Saúde do DF em que trabalhava na implantação do Converte APS 2017 x Região de Saúde do DF em que trabalha atualmente, 2018	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Percentual de médicos participantes do Converte APS-DF em relação à faixa etária, 2018	42
Quadro 2 – Percentual de médicos participantes do Converte APS-DF em relação ao sexo, 2018	42
Quadro 3– Percentual do tempo de residência no DF, do tempo de formado em medicina e do tempo de médico da SESDF, dos médicos participantes do Converte APS-DF, 2018	43
Quadro 4 – Percentual de médicos que participaram do Converte APS em relação à especialidade médica, 2018	44
Quadro 5 – Percentual de médicos que participaram do Converte APS e fizeram residência ou especialização médica, 2018	44
Quadro 6 – Percentual de participantes do Converte APS que já participaram de alguma capacitação na temática da saúde da família antes de 2017 (antes da adesão ao Plano de Conversão da APS no DF), 2018.....	45
Quadro 7 – Percentual de médicos que aderiram ao processo de conversão da APS e que participaram de alguma capacitação em ESF de acordo com a carga horária da capacitação, 2018	45
Quadro 8 – Percentual de médicos que trabalharam em ESF antes do processo de conversão da APS, 2018	46
Quadro 9 – Percentual de médicos que participaram do Converte APS que trabalharam em ESF de acordo com o tempo em que permaneceram nessa função, 2018	47
Quadro 10 – Percentual de médicos ante o principal motivo que os levou a optar pela função de médico de família e comunidade após o Converte APS, 2018.	48
Quadro 11 – Bloco I: assertivas de letra “a” a letra “e” – Questionário de pesquisa, 2018	49
Quadro 12 – Bloco I: assertivas de letra “f” a letra “j” – Questionário de pesquisa, 2018.....	50
Quadro 13 – Bloco I: assertivas de letra “k” a letra “o” – Questionário de pesquisa, 2018	51
Quadro 14 – Bloco II: assertivas de letra “a” a letra “d” – Questionário de pesquisa, 2018	52

Quadro 15 – Bloco II: assertivas de letra “e” a letra “h” – Questionário de pesquisa, 2018	53
Quadro 16 – Bloco II: assertivas de letra “i” a letra “l” – Questionário de pesquisa, 2018.....	53
Quadro 17 – Bloco II: assertivas de letra “m” a letra “p” – Questionário de pesquisa, 2018	55
Quadro 18 – Bloco II: assertivas de letra “q” a letra “t” – Questionário de pesquisa, 2018.....	55
Quadro 19 – Bloco II: assertivas de letra “u” a letra “x” – Questionário de pesquisa, 2018.....	56
Quadro 20 – Bloco II: assertivas de letra “y” a letra “ab” – Questionário de pesquisa, 2018	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
Coaps	Coordenação de Atenção Primária à Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DF	Distrito Federal
DODF	Diário Oficial do Distrito Federal
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
Fepecs	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
GDF	Governo do Distrito Federal
GES	Gerência de Educação na Saúde
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PFS	Programa Família Saudável
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSC	Programa Saúde em Casa
PSF	Programa Saúde da Família
RA	Região Administrativa
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAIS	Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
SAPS	Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde
SESDF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Sugep	Subsecretaria de Gestão de Pessoas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	O IDEÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
3	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL	23
3.1	O PLANO BRASÍLIA SAUDÁVEL	27
3.1.1	O plano de conversão da APS e os médicos especialistas.....	31
4	JUSTIFICATIVA	37
5	OBJETIVOS	38
5.1	OBJETIVO GERAL.....	38
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
6	METODOLOGIA	39
6.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	40
6.2	TRAJETÓRIA PERCORRIDA NA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	40
6.3	ANÁLISE DOS DADOS	41
6.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	42
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
7.1	RESULTADOS DESCRITIVOS E DISCUSSÃO DOS ACHADOS	43
7.2	RESULTADOS DA ANÁLISE BIVARIADA E DISCUSSÃO DOS ACHADOS	60
8	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	70
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
	APÊNDICE B – Questionário de Pesquisa	80
	ANEXO A – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa	96
	ANEXO B – Portarias que Normatizaram o Processo de Reestruturação da APS no Distrito Federal nos Anos de 2017 e 2018	100

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o tema dos dois capítulos, como prólogo para a abordagem do objeto de estudo da dissertação: o papel do médico especialista no plano de conversão do modelo de atenção primária à saúde no Distrito Federal (DF). Será apresentada uma apreciação geral sobre a evolução dessa estratégia no contexto internacional e no Brasil, adotando como marco temporal a Conferência de Alma-Ata até os anos recentes. A seguir, uma revisão sobre a história desse processo no quadrilátero da capital da República e, por último, uma exposição sobre o Plano Brasília Saudável e os médicos especialistas participantes desse plano.

O Plano Brasília Saudável teve como um dos pilares a Conversão da Atenção Primária à Saúde, focalizando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como único modelo de atenção no âmbito da Atenção Básica (AB). Denominado de Converte APS, esse processo contou com a inclusão de médicos especialistas pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos gerais, já atuantes na APS do DF, em equipes de saúde da família (eSF), após mudança de carreira no quadro de servidores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF). Essa proposta permitiu a expansão do número de equipes (108 novas equipes) e o consequente aumento do número de habitantes atendidos pela APS¹.

Os capítulos 4 a 6 se referem à justificativa, aos objetivos e à metodologia da pesquisa desenvolvida. Subsequentemente, apresentam-se os resultados do estudo, a partir das respostas desses profissionais sobre sua própria atuação como médicos de família e comunidade. A inclusão desses servidores em um processo que visou aumentar a cobertura da APS no DF oferecendo mais acesso à população, se tornou uma medida viável assim como os desfechos dessa pesquisa demonstraram.

Por fim, a autora destaca as conclusões e as recomendações advindas da pesquisa que poderão otimizar o cuidado à saúde oferecido à população da Capital Federal.

2 O IDEÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A saúde de uma população é um bom indicador de desenvolvimento social e econômico. Por meio dela, é possível observar as desigualdades existentes entre as diferentes populações de uma cidade, de um país e até do mundo. Objetivando amenizar essas diferenças, principalmente com a introdução dos cuidados primários em saúde, foi realizada, em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, sob patrocínio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância. (UNICEF, na sigla em inglês), em Alma-Ata, capital do Kazaquistão. A Conferência foi assistida por mais de 700 participantes de vários países e resultou na adoção de uma declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. A reunião de Alma-Ata objetivou, nesse sentido, a promoção e a proteção da saúde, lançando a meta de que até o ano 2000 todos os povos deveriam atingir um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva².

A Declaração de Alma-Ata² propõe que os cuidados primários em saúde devem ser bem estruturados e adequadamente instalados para que se tornem acessíveis e possíveis para todos os indivíduos. Por meio deles, a saúde pode ser ofertada às famílias e comunidades de forma mais próxima, ou seja, onde elas vivem, estudam, trabalham e se relacionam, integrando funcionalmente a saúde do indivíduo à sua vida. E recomenda que todos os países devem estar aptos a formular e implantar políticas e estratégias a fim de manter e expandir os cuidados primários. Para que isso ocorra, efetivamente, é necessário mobilizar recursos financeiros e promover uma gestão capaz de propiciar esse tipo de serviço para toda a população. A Declaração de Alma-Ata, consolidou a proposta de que os cuidados primários fossem introduzidos, desenvolvidos e mantidos².

As conferências nacionais de saúde, que são organizadas no Brasil desde 1941, tiveram na sua sétima edição como tema central a Extensão das Ações de Saúde Através dos Serviços Básicos³. O assunto foi amplamente abordado e discutido, tendo em vista a viabilização da meta governamental de implantação de um programa nacional de serviços básicos de saúde destinado a oferecer à população brasileira uma qualidade de saúde que lhe permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva.

A seguir, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde teve como tema Democracia é Saúde⁴ e constituiu um fórum de luta pela descentralização do sistema de

saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida. Foi um momento importante do movimento da reforma sanitária brasileira e da afirmação da garantia da saúde como direito social irrevogável associado à garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. A necessidade dos serviços básicos de saúde foi reafirmada e, a partir desse momento, eles seriam incluídos, em definitivo, na política de saúde brasileira. O relatório final da 8ª CNS norteou os fundamentos da proposta do futuro Sistema Único de Saúde (SUS)⁵. O SUS e suas bases doutrinárias foram, portanto, esboçados na VIII Conferência Nacional de Saúde, durante o processo de redemocratização do país e às vésperas da realização da Constituinte de 1988. O SUS unificou o acesso da população e, por isso, tornou-se universal. No contexto da transição política pela qual passava o país naquele momento, o processo de implantação do SUS incluía o debate sobre os cuidados primários em contraposição ao modelo hospitalocêntrico predominante à época.

A base do processo de criação do SUS trouxe o conceito ampliado de saúde e a exigência de participação social, objetivando a construção do próprio sistema e das políticas de saúde, além da transformação dos determinantes sociais que apontavam para uma vida mais saudável para a população⁶.

O SUS, que se propôs a ofertar promoção, prevenção, assistência e reabilitação à saúde, foi considerado “único” pelo fato de toda a sua composição ter a mesma doutrina, a mesma filosofia de atuação, e ser organizado de acordo com uma mesma sistemática em todo o território nacional. Um sistema formado por várias instituições, pertencentes a todos os níveis de governo (União, estados, Distrito Federal e municípios), e pelo setor privado (contratado e conveniado), formando todos uma mesma estrutura⁷.

Uma das propostas do SUS sempre foi fazer com que os serviços primários chegassem a todos os brasileiros, funcionando como a porta de entrada do cidadão ao sistema de saúde. Dessa forma, paralelo ao movimento que reforçava os cuidados primários pelo mundo, emergiu na agenda política brasileira, nos anos 1990 e 2000, a proposta de organização da Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica, termos aqui empregados como sinônimos, por meio da Estratégia de Saúde da Família. Ou seja, inclui o conjunto de ações, no âmbito da saúde individual e coletiva, que abrange a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde⁸.

Vale ressaltar que, no Brasil, em particular no Distrito Federal, sob a designação de medicina comunitária, tais orientações remontam a épocas anteriores à Declaração de AlmaAta e à instituição do SUS. De 1974 a 1978, professores da Universidade de Brasília (UnB), com o apoio de setores governamentais e de instituições estrangeiras, desenvolveram na cidade de Planaltina, Região Administrativa do DF, juntamente com diversos profissionais da saúde e assistentes sociais, a experiência que pode ser considerada basilar para a construção identitária de um novo ator da equipe de saúde, os auxiliares de saúde do Projeto Planaltina⁹. Estes agentes foram preparados e atuavam com as comunidades, com foco em ações de educação e promoção da saúde, como parte de uma experiência que contribuiu, sem dúvida, para o surgimento do atual Agente Comunitário de Saúde do SUS.

O Projeto Planaltina motivou um de seus idealizadores e protagonistas, o médico Carlile Lavor, a adaptar o trabalho desses auxiliares à realidade de sua terra natal, o sertão cearense, mais especificamente, o município de Jucás, de 1979 a 1986. Em 1987, enquanto secretário de saúde do Ceará, Carlile iniciou um programa emergencial para o qual foram contratadas temporariamente seis mil mulheres para atuarem não mais com o nome de Auxiliares de Saúde, mas sim Agentes de Saúde¹⁰.

O sucesso dessa iniciativa garantiu sua continuidade, vindo a tornar-se referencial para a implantação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)¹¹, instituído em âmbito nacional, alcançando, nesse mesmo ano, os demais estados nordestinos e, posteriormente, as demais unidades federativas.

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 a partir do Pacs, tinha como foco central as ações em saúde e a visita domiciliar dos agentes de saúde sob a coordenação do profissional enfermeiro. A partir desse atendimento inicial, a população obtinha acesso aos demais níveis de atenção do sistema de saúde⁷. Essa proposta fora adotada inicialmente no estado do Ceará, constituindo, sob esse aspecto, uma expansão nacional da experiência realizada com sucesso naquela unidade da federação, conforme interpretação de Santana¹². O PSF fortaleceu a interface dos profissionais de saúde com a comunidade, tendo como pontos centrais o estabelecimento de vínculos e compromissos, bem como a corresponsabilidade da equipe de saúde para com a população¹³. Era esperado que o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde fosse facilitado, de modo que as ações de promoção, proteção e recuperação, bem como as políticas sociais e econômicas, tornassem-se efetivas para se reduzir o risco a doenças

e outros agravos⁶. O foco na saúde da família propunha oferecer aos usuários do SUS um serviço de qualidade, com atenção integral ao indivíduo e a seus familiares, realizando a vinculação da população de cada território para que cada usuário passasse a ter sua referência para o acompanhamento integral de sua saúde¹⁴.

Em 1997, o Ministério da Saúde (MS) lançou o documento de princípios e diretrizes do PSF, intitulado Saúde da Família: uma Estratégia para a Reorientação do Modelo

Assistencial¹⁵, cujas características são:

- 1) Ser uma proposta substitutiva da rede básica tradicional;
- 2) Não ser um programa vertical e paralelo às atividades dos serviços de saúde;
- 3) Requerer alta complexidade tecnológica para o desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes;
- 4) Ser a porta de entrada da população para o serviço de saúde;
- 5) Trabalhar com a definição de território e a população adscrita (cada equipe de saúde da família – eSF – seria responsável por 600 a 1.000 famílias);
- 6) Estabelecer uma equipe mínima responsável pelas famílias adstritas (médico, enfermeiro, dois a quatro auxiliares de enfermagem e seis a dez agentes comunitários de saúde);
- 7) Propor a utilização do planejamento local para as ações de saúde a partir do cadastramento e levantamento de indicadores epidemiológicos e sociais de cada território, monitorados de forma contínua;
- 8) Reforçar a necessidade de se garantir a participação da comunidade e o controle social;
- 9) Promover a educação continuada da equipe; e
- 10) Estabelecer a humanização da assistência e o vínculo do PSF com a população¹⁵. Esse documento explicitava a função do PSF em gerar impacto favorável nas condições de saúde da população; em estabelecer uma relação de humanização na assistência; em propiciar a criação do vínculo, do compromisso e da corresponsabilidade entre o serviço e a população, propiciando, assim, a transformação do modelo assistencial¹⁵.

A partir desse momento, a saúde da família passou a ser o eixo norteador para a organização da atenção básica nas unidades de saúde de todo o país, caracterizando-se como uma mudança autêntica no modelo assistencial, evoluindo do foco curativo

para o preventivo, da ação isolada de um só setor para a ação intersetorial e da exclusão para a universalidade proposta que consubstancia, no contexto nacional, o ideário de Alma Ata².

No Brasil, atenção primária à saúde e atenção básica são termos usados, frequentemente, como sinônimos. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica¹⁶,

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (p. 19).

Mendes¹⁷ propõe que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) sejam arranjos sistemáticos de ações e de serviços de saúde, de diferentes níveis de atenção, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, a fim de garantir um cuidado integral. A RAS integra as ações e os serviços de saúde objetivando uma atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Além disso, incentiva o desempenho do sistema, em termos de acesso; equidade; eficácia clínica, sanitária e econômica. A RAS permite um cuidado horizontal entre os pontos de atenção, tendo como centro de comunicação a APS. O fortalecimento da RAS se baseia na compreensão e na valorização da APS como primeiro nível de atenção, focando na função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde – é na APS que se realiza o cuidado e a coordenação dos demais pontos de atenção na rede.

Entretanto, ao longo dos anos, as propostas identificadas pela sigla PSF/ESF não apresentaram resultados tão expressivos como se esperava. Talvez porque o tempo de experiência ainda seja pouco para transformações tão complexas. Talvez porque a ausência de integração sistêmica dos serviços de saúde ainda é uma dificuldade a ser superada. Certamente, outros talvez devam ser lembrados. Em suma, há muito o que fazer para alcançar êxito no propósito de mudança embutido no ideário da APS difundido mundialmente a partir da Conferência de Alma-Ata.

No caso do Distrito Federal, a implantação de uma atenção primária forte e resolutiva tem acompanhado a trajetória nacional e segue ainda como desafio a ser vencido. Este é o assunto do próximo capítulo.

3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL

Para entender o movimento vivido no ano de 2017 na atenção básica do DF, faz-se necessário o reconhecimento de sua trajetória política e institucional, a partir das políticas de saúde, das diretrizes, dos planos e de demais documentos oficiais pré-existentes relativos a esse setor, com vistas a reconhecer os acontecimentos que desaguaram na situação em foco.

Uma visão retrospectiva das políticas de saúde no DF consta em publicação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade de Brasília¹², que alerta sobre as peculiaridades desse processo em seu contexto de desenvolvimento:

A transferência do Distrito Federal para o Planalto Central criou oportunidades para inovações nas políticas públicas, que, certamente, seriam bem mais difíceis de aplicar em cidades tradicionais, onde os padrões organizacionais e urbanísticos já se encontram consolidados. Assim, Brasília constituiu não só um modelo de cidade absolutamente original do ponto de vista espacial e arquitetônico, como um cenário de novas formas de organização de serviços sociais como os de educação e saúde (p. 55).

A citada publicação inclui um estudo sobre o médico na atenção à saúde da família, cujos dados foram coletados no segundo semestre de 2005, época em que vigorava o projeto Família Saudável, da SES/DF, mediante execução terceirizada via Fundação Zerbini. Sob este aspecto, a presente pesquisa de mestrado, ao objetivar a caracterização do médico na estratégia da saúde da família no contexto do Plano Brasília Saudável, apresenta alguns aspectos similares com aquele estudo de 2005.

A apreciação ora exposta sobre a trajetória histórica da saúde no DF se restringirá a uma síntese do processo histórico ali relatado, com algumas referências relativas ao período posterior àquela iniciativa. Ademais, será apenas uma introdução à apresentação e discussão sobre o processo de conversão da atenção básica como parte do Plano Brasília Saudável, visando delinear o contexto do estudo objeto desta dissertação.

Tendo em vista o tema central desta dissertação, a história do Sistema de Saúde do Distrito Federal pode ser vislumbrada em três períodos. O primeiro, durante vinte anos, demarcado pela concepção, organização e consolidação da rede hospitalar. A seguir, os anos 1980, quando se delineou e implantou a rede de centros de saúde destinada a efetivar e universalizar a atenção primária; e, na transição para a década de 1990 até o hoje, a fase de implementação do SUS, onde sobressai a difícil convivência

com a proposta inovadora deste sistema, de mudança do modelo de atenção centrado na proposta de atenção primária em saúde, mediante a estratégia de Saúde da Família, ao invés da hegemonia, ou mesmo da quase exclusividade do atendimento hospitalar¹²⁻¹⁸.

A construção de Brasília foi marcada por um estilo arrojado e pelo desenvolvimento, desde o início, de todos os setores. No setor saúde não foi diferente. O Plano Bandeira de Mello¹⁹ propôs a criação da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), subordinada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, composta por estruturas hospitalares de diferentes níveis de complexidade, capaz de oferecer assistência a uma população de 500 mil habitantes. Essa configuração piramidal, com níveis de atendimento de complexidade crescente, regionalizada e hierarquizada, previa a construção do Hospital de Base, de dez hospitais distritais, de hospitais rurais com 20 unidades-satélites que poderiam ser fixas ou móveis e seriam construídas de acordo com o aumento da população e a ocupação dos espaços. Tratava-se, pois, de um modelo que, de certo modo, se antecipava à proposta consubstanciada quase três décadas depois, com a aprovação da criação dos SUS pela Constituinte de 1988. Contudo, a rede implantada até o final da década de 60, predominantemente destinada a serviços hospitalares, já não suportava sequer a crescente demanda veiculada pelo atendimento de emergências, pois, diferentemente do restante do país, permitia o acesso universal aos serviços dessa rede.

É importante ressaltar que, ainda nesse período, em oposição à tendência de privatização da saúde em todo o país e dos cuidados hospitalocêntricos que eram predominantes, um movimento inicial com foco nos cuidados primários iniciou-se na cidade de Planaltina-DF. Desde a sua instalação, em 1967, a unidade de saúde desta cidade satélite já desenvolvia atividades de caráter preventivo sob supervisão da equipe de enfermagem. Durante alguns anos, estudantes da Universidade de Brasília realizaram estágio nesse programa. No ano de 1974, a partir de entendimentos entre a Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, a Unidade de Saúde e o Centro de Desenvolvimento Social de Planaltina, implantou-se um programa integrado de ensino e serviços de saúde, utilizando o espaço daquelas unidades para o desenvolvimento de disciplinas dos cursos de graduação e residência da citada faculdade, cuja orientação teóricometodológica atendia pela designação de medicina comunitária²⁰.

A iniciativa proporcionou as bases para a criação do projeto intitulado de Um Modelo para a Prestação de Serviços de Saúde a Nível Periférico, com ênfase em Saúde Familiar. Financiado parcialmente por entidades estrangeiras (Kellogg Foundation e

Inter-American Foundation) e nacionais (Ministério de Educação e Cultura, via Universidade de Brasília; Governo do Distrito Federal, via as fundações Hospitalar e de Serviço Social; e Ministério da Previdência e Assistência Social, via FUNRURAL) esse programa tinha o propósito de ser estendido para outras regiões do DF e do país. O Projeto Planaltina, como foi chamado, funcionou de julho de 1975 a dezembro de 1978 e teve entre seus propósitos: treinar os estudantes de graduação e pós-graduação da área de saúde em um sistema de saúde não tradicional; preparar um novo tipo de auxiliar de saúde capaz de operar tanto em comunidades urbanas como em áreas rurais; e modificar a visão tradicional dos serviços de saúde.

Esse programa constituiu-se como experiência de medicina comunitária, mesmo com a deficiente participação social, em função da conjuntura política brasileira à época, e foi contemporâneo de iniciativas de saúde comunitária e familiar desenvolvidas em outras regiões do Brasil, anteriormente aos movimentos mundiais em defesa da saúde pública²¹.

O segundo momento marcante na saúde do DF aconteceu na gestão de Jofran Frejat, médico cirurgião que assumiu a SES-DF em 1979 e ampliou a rede de serviços básicos, mediante a implantação da rede de centros de saúde em todas as regiões administrativas. Outros profissionais de saúde foram incluídos na equipe dos serviços da APS, além de medidas voltadas para a formação desses profissionais, principalmente dos médicos¹⁸.

De acordo com Hildebrand⁷, a estrutura de serviços de saúde do Plano Frejat teve como princípio e intenção ser dirigida à saúde e não à doença; utilizar a vigilância sanitária e epidemiológica para o trabalho de saúde na comunidade; tratar os problemas a partir das necessidades dos grupos familiares; e regionalizar os recursos por área populacional.

A análise retrospectiva desses dois períodos permite levantar a hipótese, senão a conclusão de que, em ambos os casos, os resultados foram similares. Por diferentes motivos e razões que, no entanto, se entrelaçam, tanto a rede hospitalar quanto a dos centros de saúde não davam conta da demanda crescente e das exigências cada vez maiores relacionadas aos novos postulados do SUS. Nesse cenário de insuficiência e ineficiência, a rede pública de saúde do DF ingressou na terceira fase de sua história citada anteriormente.

A nova Lei Orgânica da Saúde do DF foi aprovada em junho de 1993, transcrevendo as disposições da Constituição distrital e das leis 8.080/90 e 8.142/90 em

seu capítulo II, artigos 24 a 26. Ou seja, a legislação básica do SUS no DF, incluía os ditames constitucionais e das leis complementares: a Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e a Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A nova legislação previa uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada, com função de implementar atividades de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde da população. O sistema público de saúde do Distrito Federal, seguindo a regulamentação do SUS, passou a ser o responsável pela assistência integral, universal, incluindo a participação popular e autorizando a complementação por meio de serviços privados de saúde desde que controlados pelo poder público²².

Vale ressaltar que iniciativas de reorientação na rede de serviços de saúde no Distrito Federal tiveram início antes mesmo do movimento nacional desencadeado na década de 1990, com o Programa de Saúde da Família - proposta de substituição do modelo de saúde vigente em todo o país, em sintonia com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações, e, acima de tudo, voltado à permanente defesa da vida do cidadão²³. No Distrito federal, orientação nesse sentido foi adotada desde o início dos anos 1970, com a implantação da Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho e com o Projeto Planaltina, renunciando a diretriz adotada na década seguinte, com o Plano de Assistência à Saúde, na gestão de Jofran Frejat¹².

O processo de implantação do Programa de Saúde da Família no Distrito Federal se desdobrou em três distintas fases até o ano de 2006, demarcadas pelas orientações políticas dos governos que se sucederam, correspondendo às seguintes denominações: Programa Saúde em Casa (PSC) de 1997 a 1998; Programa Saúde da Família (PSF) de 1999 a 2002; e Programa Família Saudável (PFS) de 2003 a 2006⁸.

No ano de 2007, o DF apresentava uma população de 2.557.158 habitantes, 28 regiões administrativas e 15 regionais de saúde. O slogan Família Saudável foi sendo substituído gradativamente pelo nome oficial do MS de Estratégia de Saúde da Família e, a partir desse ano, iniciou-se o Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde. Esse plano foi desenvolvido a partir de 2009 na tentativa de ampliar e qualificar o acesso às ações e aos serviços de saúde desse nível de cuidado, compondo a Estratégia de Apoio à Consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS)²⁴.

No fim de 2009, a rede SES contava com 61 centros de saúde (5 deles aguardavam ser inaugurados); 77 equipes de saúde da família (46 completas); 49 equipes compostas com a presença de Agentes Comunitários de Saúde; 20 equipes de Saúde Bucal; 10 equipes de Saúde Prisional (2 completas); 10 equipes de atenção domiciliar (5 incompletas); e 12 Centros de Apoio Psicossocial (Caps)²².

Segundo Göttems¹⁸, o Projeto de Reorganização da Atenção Primária à Saúde seguiu as diretrizes do MS, tanto no que se refere à APS quanto em relação às diretrizes políticas para a gestão do trabalho e de educação permanente. Nesse momento também aconteceu a estruturação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

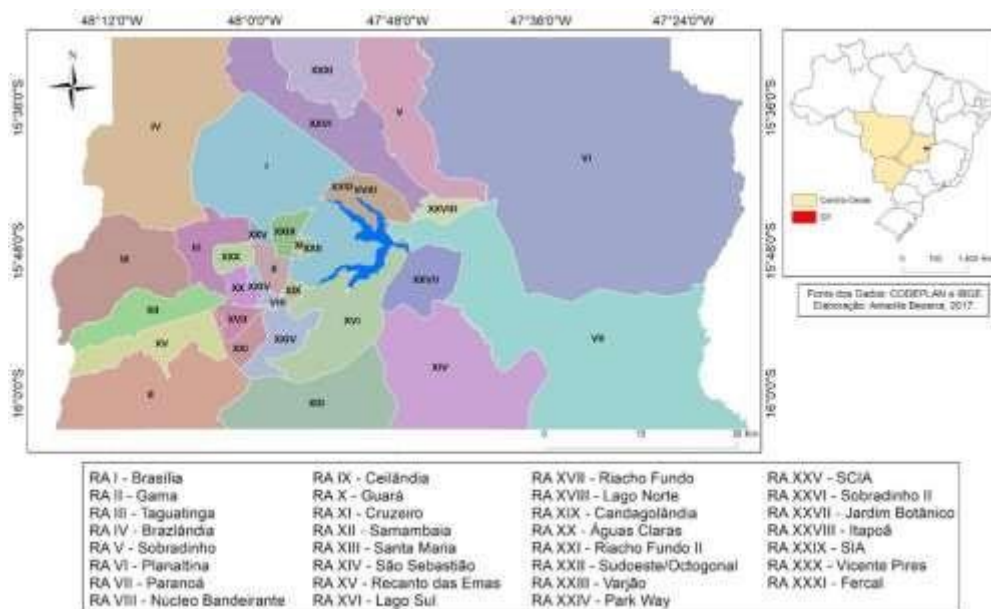
De 2010 a 2013, a gestão da SESDF deu seguimento ao Projeto de Reorganização da Atenção Primária à Saúde e Expansão da Estratégia de Saúde da Família no DF, denominação adotada a partir de então. Naquele momento, cada regional de saúde (eram 15 à época), de acordo com as suas próprias características, estruturou um plano de ação com o objetivo de expandir e qualificar a ESF, mas a implantação desse plano aconteceu de forma heterogênea e irregular nas regionais de saúde.

O resumo aqui apresentado sobre a história da saúde pública no Distrito Federal visou apenas delinear os antecedentes da proposta implantada no período de governo de 2015-2018. Informações mais detalhadas e análises sobre as gestões anteriores constam nas referências citadas anteriormente. No tópico seguinte, será apresentado o Plano Brasília Saudável apresentado no fim de 2016, após os anos iniciais daquela gestão governamental. A intenção é situar o contexto onde se experimentou o desafio de reestruturar a Atenção Primária no Distrito Federal e, desse modo, delinear o cenário do processo onde se insere o objetivo do presente trabalho de mestrado: a caracterização dos médicos especialistas que integraram o Plano de Conversão da APS no âmbito da SESDF.

3.1 O PLANO BRASÍLIA SAUDÁVEL

O Distrito Federal é constituído pela cidade de Brasília, capital da República Federativa do Brasil²⁵ (art. 6º), onde se situam o Plano Piloto e as regiões do Lago Sul e Lago Norte. Ao redor do Plano Piloto e dos Lagos, estão situadas as Regiões Administrativas (RA) que fazem parte da área geográfica do DF, composta atualmente por 31 RAs, conforme ilustrado no ILUSTRAÇÃO 1.

Ilustração 1 – Mapa das Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2017.



Fonte:

A divisão do Distrito Federal em regiões administrativas foi estabelecida pela Lei 4.545/64, que instituiu as administrações regionais²⁵ (art. 11), sem autonomia financeira. O DF recebe apoio financeiro federal por ser a capital federal. Esses repasses são destinados ao custeio da segurança pública, da educação e da saúde.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, pela característica peculiar do Distrito Federal, cumpre a função de secretaria estadual e de secretaria municipal de saúde. Dessa forma, é responsável por ações inerentes a essas duas esferas de gestão do SUS, desde a execução direta de ações e serviços de saúde até a aquisição de insumos, a regulação, o controle e a avaliação do sistema de saúde.

Após a Portaria 4.279, de 30/12/2010, do Ministério da Saúde, a SESDF adotou o conceito de Rede de Atenção à Saúde como modelo de cuidado. As RAS são definidas por serem um conjunto de ações e serviços de saúde coordenados pela Atenção Primária à Saúde e articulados com a finalidade de garantir a integralidade da atenção biopsicossocial à saúde.

Com a publicação do Decreto 36.918, de 26 de novembro de 2015, e do Decreto 37.057, de 14 de janeiro de 2016, que dispõem sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) passou a ser denominada Coordenação da Atenção Primária à Saúde (Coaps), subordinada à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (Sais). Em relação à estrutura regional, as 15 regionais de saúde passaram a ser organizadas em

sete Superintendências das Regiões de Saúde, englobando as diversas regiões administrativas, conforme consta no ILUSTRAÇÃO 2 e Tabela 1.

O Decreto 36.918, de 26 de novembro de 2015, resolveu também que a estrutura da Secretaria de Saúde do Distrito Federal passasse a ter a seguinte organização:

- I- Administração Central;
- II- Superintendências das Regiões de Saúde;
- III- Unidades de Referência Assistencial; IV- Unidades de Referência Distrital.

As Superintendências das Regiões de Saúde são atualmente assim denominadas: Sul, Sudoeste, Centro-Sul, Central, Leste, Oeste e Norte, englobando as 31 regiões administrativas. Aos seus titulares superintendentes, entretanto, não são atribuídas as funções e responsabilidades de um secretário de saúde, como nos municípios dos estados do país.

Ilustração 2 – Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal, 2018

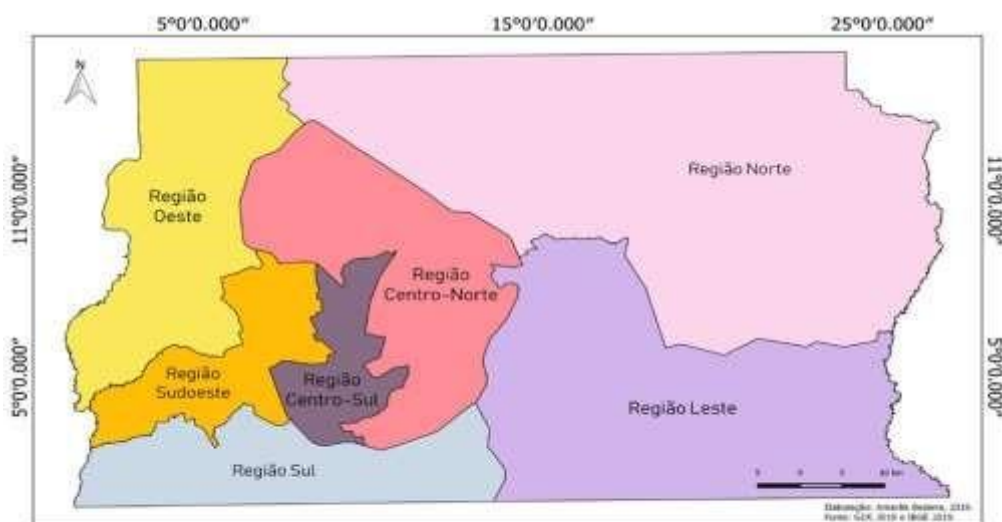


Tabela 1 – Superintendências das Regiões de Saúde e RA, Distrito Federal, 2018.

Região de Saúde	Segmento	Região Administrativa
Superintendência da Região de Saúde Centro-Sul	Núcleo Bandeirante	Núcleo Bandeirante
		Riacho Fundo
		Riacho Fundo II
		Candagolândia
		Park Way
	Guará	Guará
		Guará II

		Setor de Indústria e Abastecimento (SAI)
		Estrutural (Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – SCIA)
continua continuação		
Região de Saúde	Segmento	Região Administrativa
Superintendência da Região de Saúde Central	Asa Norte	Asa Norte
		Lago Norte
		Varjão
		Cruzeiro
		Sudoeste/Octogonal
	Asa Sul	Asa Sul
		Lago sul
Superintendência da Região de Saúde Oeste	Ceilândia	Ceilândia
	Brazlândia	Brazlândia
Superintendência da Região de Saúde Sudoeste	Taguatinga	Taguatinga
		Vicente Pires
		Águas Claras
	Samambaia	Samambaia
	Recanto da Emas	Recanto das Emas
Superintendência da Região de Saúde Norte	Sobradinho	Sobradinho I
		Sobradinho II
		Fercal
	Planaltina	Planaltina
Superintendência da Região de Saúde Leste	Paranoá	Paranoá
		Itapoã
	São Sebastião	São Sebastião
		Jardim Botânico
Superintendência da Região de Saúde Sul	Gama	Gama
	Santa Maria	Santa Maria

Fonte: A autora.

Como comentado anteriormente, o sistema de saúde do Distrito Federal vinha apresentando inúmeros sinais de que a forma de organização dos serviços, seu funcionamento e seu modelo de gestão assistencial já não eram capazes de responder adequadamente às demandas da população assistida por ela. O modelo voltado para as condições agudas, somado ao crescimento das condições crônicas, resultou na difícil situação do sistema de saúde nos últimos anos. Essa crise se refletia na lotação das

emergências dos hospitais, na insuficiência de leitos hospitalares, na baixa qualidade dos atendimentos, na longa lista de espera por consultas especializadas e na insatisfatória cobertura e resolutividade da atenção primária, com consequente insatisfação da população²⁶.

No início do ano de 2017, a APS em Brasília, caracterizava-se por ter baixa cobertura pela ESF, apenas 30,7% (Tabela 2), pouca resolutividade e por proporcionar precárias condições de trabalho aos servidores. Além disso, os serviços oferecidos pela atenção básica não apresentavam retaguarda de especialidades médicas e multidisciplinares, além de não estarem interligados aos cuidados hospitalares. A consequência disso foi que as emergências dos hospitais regionais eram a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde do DF²⁶.

Tabela 2 – Situação da cobertura da Estratégia Saúde da Família no DF – fevereiro, 2016

Superintendência da Região de Saúde	População	Cobertura ESF	Número de ESF
Sudoeste	779.433	32,2%	67
Oeste	518.985	27,4%	38
Centro-Sul	443.358	27,9%	33
Sul	285.147	39,4%	30
Leste	229.682	45,7%	28
Norte	372.582	42,2%	42
Centro-Norte*	285.644	1,3%	1
Total	2.914.830	30,7%	239

Fonte: <http://cnes2.datasus.gov.br/Lista>.

*Em fevereiro de 2016, a atual Superintendência da Região de Saúde Central ainda era denominada de CentroNorte.

Diante desse cenário foi lançado, em 2016, o Plano Brasília Saudável, um conjunto de ações com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde, articulando-a com os outros serviços da rede de saúde, como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde como um todo. Esse plano previa a conversão dos modelos de cuidado da APS naquele momento, conforme os ditames da Estratégia Saúde da Família, bem como a ampliação da cobertura por essa estratégia em todas as Regiões de Saúde do DF.

O processo de expansão da APS com a conversão progressiva dos modelos vigentes de organização da APS em Estratégia Saúde da Família ficou conhecido, como

Converte APS. Seus fundamentos constam nos termos da Política Nacional de Atenção Básica e da Resolução 465/2016, do Conselho de Saúde do Distrito Federal, especificados nas portarias 77 e 78/2017. A ampliação da cobertura da APS no DF teve como modelo orientador as ações de saúde da Estratégia Saúde da Família, abrangendo alta cobertura populacional nas regiões de saúde, principalmente em áreas com maior vulnerabilidade econômica e social²⁷. O objetivo era que, até o final de 2018, ocorresse a expansão de 30,7% para 62% de cobertura da ESF, chegando a 100% nas áreas mais vulneráveis.

A proposta de conversão da APS com diversificada composição de equipes assistenciais para o modelo exclusivo de ESF trouxe como um dos seus pilares, em relação à atuação de médicos, a participação exclusiva dos médicos de família e comunidade (MFC) no primeiro nível de atenção à saúde. Logo, os demais especialistas (pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos gerais, além de outros), para continuarem atuando na APS, tiveram que mudar de carreira profissional na SESDF e, a partir de então, atuar como MFC.

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

Nesse contexto de transição do modelo de atenção primária, estabelecida no DF, cabe a reflexão acerca dos médicos especialistas pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos, que antes desempenhavam uma especialidade e que, a partir dessa mudança, passaram a desempenhar outra. Em todo processo de mudança, é fundamental assegurar a motivação dos profissionais participantes e criar um padrão de gestão em que a maioria se sinta motivada para se dedicar à produção de saúde. Parte importante da crise dos sistemas de atenção a saúde é devido a essa dissociação e à predominância de métodos de gestão dirigidos ao controle externo da vontade e conduta dos profissionais²⁹. Para Minayo²⁸,

As sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. Portanto, a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais de qualquer questão

social. Por isso, também, as crises têm reflexo tanto no desenvolvimento como na decadência de teorias sociais (p. 13).

A seguir, apresenta-se um resumo sobre a referida proposta de reorganização, que recebeu a designação de Conversão da APS, como pano de fundo para a melhor caracterização da proposta desta dissertação, sua justificativa, objetivos e metodologia.

3.1.1 O plano de conversão da APS e os médicos especialistas

É importante analisar o que aconteceu na APS do DF, no anos de 2017 e 2018, sob a perspectiva de um grupo de atores desse processo os médicos especialistas que atuavam nessa modalidade de atendimento no âmbito da SESDF. O interesse imediato por esses participantes se dá em busca de respostas para o que se observou no cotidiano desses indivíduos, durante toda a conversão do modelo da APS. As preocupações vivenciadas no dia a dia do trabalho, tanto quanto conflitos e outros problemas que daí emergiram, exigem análises e propostas, em busca de conhecimentos e de respostas para as situações que impactaram simultaneamente, o desempenho e a qualidade de vida desses profissionais.

As portarias 77 e 78, de 14 de fevereiro de 2017, da SESDF, normatizaram o funcionamento da APS no processo de conversão do modelo de APS. A Política de Atenção Primária à Saúde do DF passou a ser fundamentada na Estratégia Saúde da Família, e todos os estabelecimentos de saúde da atenção básica passaram a ser denominados Unidade Básica de Saúde (UBS), a que estavam vinculadas as equipes de Saúde da Família.

Nessas portarias, estava previsto que cada equipe de saúde da família seria responsável por um território determinado de até 4000 pessoas e que ela seria composta por um médico de família e comunidade, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e até seis agentes comunitários de saúde. Todos os profissionais que compunham a ESF cumpriam carga horária de 40 horas semanais.

Durante o plano de conversão, Converte APS, foram constituídas equipes de transição compostas por:

- I - Três médicos especialistas, sendo um pediatra, um ginecologista/obstetra e um clínico geral, que deveriam realizar o atendimento compartilhado dos casos;
- II - Três enfermeiros;

III - Seis técnicos de enfermagem;

IV - Agentes comunitários de saúde, conforme disponibilidade na região.

Os profissionais de nível superior das equipes de transição receberam treinamento para o desenvolvimento da prática na Estratégia Saúde da Família pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs) em parceria com a Gerência de Educação em Saúde (GES) da Subsecretaria de Gestão de Pessoas (Sugep) da SESDF. O treinamento de 220 horas, com abordagem teórica e prática, focalizou os seguintes assuntos:

I - Organização e funcionamento da Estratégia Saúde da Família;

II - Pré-natal de risco habitual, puerpério e rastreamento de câncer de mama e de colo uterino;

III - Crescimento e desenvolvimento de crianças até dois anos;

IV - Atendimento a pacientes hipertensos;

V - Atendimento a pacientes diabéticos;

VI - Atendimento à demanda espontânea em Atenção Primária.

Além da inserção em processos formais de capacitação, os profissionais das equipes de transição (médicos e enfermeiros) assumiam a responsabilidade de matricular uns aos outros de forma a aumentar a resolutividade das equipes de saúde da família a serem formadas ao final do processo de conversão.

Ainda de acordo com as portarias 77 e 78, de 14 de fevereiro de 2017, após a realização da capacitação, os servidores da equipe de transição foram submetidos a uma avaliação. Os médicos especialistas aprovados na avaliação foram considerados aptos a solicitarem mudança de carreira, transferindo-se para a carreira de Medicina de Família e Comunidade, assumindo, todos, as obrigações e os deveres previstos para essa especialidade.

Complementando o processo da conversão de modelo da APS no DF e objetivando-se um cuidado integral e multiprofissional a fim de se aumentar a resolutividade da APS, em 25 de maio de 2018, foram publicadas as portarias 489 e 496, referentes aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). A primeira portaria regulamenta a estruturação dos Nasf-AB no âmbito da atenção primária do DF, estabelecendo as normas e diretrizes para a organização do processo de trabalho. Já a segunda disciplina o processo de transição das equipes Nasf-AB no Distrito Federal. Essas equipes multiprofissionais e interdisciplinares devem ter atuação distinta das Equipes de Saúde da Família e complementar a elas.

E é nesse cenário de uma APS revisada e restaurada que, em outubro de 2018, esta investigação buscou ouvir os médicos especialistas pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos, sobre o processo de trabalho na atenção primária à saúde após o remodelamento do modelo assistencial na APS na capital federal e, a partir dos resultados, propor recomendações para o fortalecimento das práticas desses profissionais na atenção básica.

4 JUSTIFICATIVA

O interesse desta mestranda por essa pesquisa surgiu da experiência vivida ao lado dos profissionais que passaram pela conversão do modelo de atenção à saúde proposto pela SESDF nos anos de 2017 e 2018. Momentos de incertezas, frustrações, alegrias e descobertas despertaram o interesse em registrar as vivências desses profissionais e apresentá-las na forma de um trabalho científico, como base para a busca por melhores condições de trabalho e respeito aos profissionais e, principalmente, por uma medicina de excelência para a população.

Trabalhando na gestão da Secretaria de Saúde do DF, sempre no setor da Atenção Primária à Saúde, há 8 anos, tive a oportunidade de participar do Converte APS, com atuação principal no tocante à saúde da criança, apoiando o treinamento dos médicos e dos enfermeiros no período de transição e, subsequentemente, a qualificação complementar destes profissionais. O interesse pelo plano de conversão do modelo de atenção primária à saúde no Distrito Federal se justifica pelo fato dele ter sido uma proposta estruturante para toda a rede assistencial de saúde do Distrito Federal. No caso da incorporação dos médicos especialistas clínicos, pediatras, ginecologistas/obstetras, no quadro de médicos de família e comunidade da SESDF, levanta-se a hipótese de que esta medida pode ter significado um ganho para a atenção básica, principalmente se os profissionais estiverem adaptados aos processos de trabalho da ESF, desempenhando suas funções de modo efetivo.

Naquele momento de mudança foi fundamental investir nos relatos pessoais para a produção em saúde, a fim de obter uma opinião coletiva frente ao processo ocorrido e entender como os médicos especialistas atuantes na APS se tornaram um recurso viável no processo de reorganização da atenção básica, de acordo com as políticas propostas pelo Ministério da Saúde. Estudar essa situação torna-se, pois, uma iniciativa que aponta para o aperfeiçoamento e consolidação de metodologias e instrumentos para a organização, qualificação e avaliação permanente da atenção primária no DF.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de transferência dos médicos pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos para a nova especialidade de médico de família e comunidade na reestruturação da atenção primária à saúde no Distrito Federal, no período de 2017 a 2018.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Descrever as formas de organização da atenção básica no Distrito Federal antes do plano de conversão da atenção primária à saúde.
- 2) Analisar a percepção dos próprios médicos especialistas (pediatras, clínicos e ginecologistas/obstetras) na atuação como médico de família e comunidade.
- 3) Elaborar recomendações para o aperfeiçoamento e fortalecimento das práticas dos profissionais médicos da atenção primária à saúde no Distrito Federal.

6 METODOLOGIA

Para a execução desta pesquisa, optou-se por um estudo quantitativo, observacional, analítico e transversal³⁰. Como se tratou de um estudo observacional, a mensuração da situação de interesse aconteceu sem a intervenção do pesquisador. A pesquisa teve caráter analítico por captar, a partir das informações obtidas, de que maneira a formação pregressa em outras especialidades (pediatria, ginecologia/obstetrícia e clínica médica), entre outros fatores também considerados no estudo, influenciou na opção e na prática atual como médico de família e comunidade. A caracterização como estudo transversal se deu já que a investigação ocorreu em um único momento.

O grupo de interesse do estudo é composto pelos 110 médicos componentes das novas equipes de saúde da família que optaram pela mudança de carreira na SESDF. Na Tabela 3 é possível visualizar a distribuição dos médicos em relação às Regiões de Saúde de acordo com a lotação funcional desses profissionais.

Tabela 3 – Distribuição do grupo de médicos que optaram pela mudança de especialidade na SESDF por região de saúde, Brasília-DF, 2018

Região de Saúde	Nº de médicos
Norte	20
Sul	4
Leste	8
Centro-Norte	27
Sudoeste	25
Centro-Sul	13
Oeste	13
Total	110

Fonte: A autora.

Os 110 médicos atuavam na atenção básica, principalmente nas especialidades de clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia, antes do plano de conversão da APS, e optaram pela mudança de carreira para medicina de família e comunidade, de acordo com a Portaria 180, de 26 de fevereiro de

2018, após a reestruturação dos serviços primários de saúde no DF no ano de 2018.

6.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo os médicos que atuavam na atenção básica como especialistas (clínicos gerais, pediatras e ginecologistas/obstetras, entre outros) antes do plano de conversão da APS e que optaram pela mudança para a carreira de medicina de família e comunidade, de acordo com a Portaria 180, de 26 de fevereiro de 2018, no ano de 2018.

Foram excluídos do estudo os médicos da APS que já exerciam a medicina de família e comunidade e que por isso não passaram pelo processo de conversão do modelo de atenção da APS.

O estudo não contemplou as demais categorias de profissionais de saúde da atenção básica e outros profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção.

6.2 TRAJETÓRIA PERCORRIDA NA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Em paralelo à definição do grupo de médicos de interesse do estudo, foi criado um questionário com questões exclusivamente fechadas que contemplassem os objetivos da pesquisa. Esse instrumento continha os seguintes tópicos:

- 1) *Dados pessoais*: caracterização dos participantes, por idade, sexo, estado civil, tempo e local de residência no Distrito Federal;
- 2) *Dados profissionais*: perfil profissional dos médicos em relação ao tempo de formado em medicina; especialidade médica e tempo de atuação nessa especialidade; e participação em capacitação ou atuação prévia na temática da Saúde da Família;
- 3) *Dados funcionais*: região de saúde em que trabalhava antes e depois do Convertere APS; tempo de trabalho na SESDF e na APS do DF;

- 4) *Questionário de pesquisa – Bloco I*: avaliar o grau de concordância dos médicos com relação às afirmativas que abordam o trabalho na APS e o Plano de Conversão da APS no DF, com base na escala de Likert, para concordância, com cinco pontos, conforme opções a seguir:

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não discordo, nem concordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------

- 5) *Questionário de pesquisa – Bloco II*: estimar o grau de adaptação dos profissionais médicos em relação ao atendimento da população nos diversos ciclos de vida, com base na escala de Likert, para concordância, com cinco pontos, conforme opções a seguir:

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

O questionário de pesquisa completo (Apêndice B) foi desenhado na plataforma Google Form, utilizada para consulta por via eletrônica aos participantes.

O convite para participação na pesquisa ocorreu por meio do aplicativo WhatsApp, de acordo com o contato telefônico disponível dos participantes. Foram realizados, no máximo, três convites para cada egresso no período de setembro a novembro de 2018, sendo solicitada manifestação relativa à participação na pesquisa. Após a terceira tentativa sem qualquer manifestação, não foi realizado novo contato.

Após o convite e o aceite em participar, era enviada uma mensagem explicativa sobre a pesquisa, o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE - Apêndice A), e o link para acessar o questionário. Ao fim do questionário, o participante enviava sua resposta e da plataforma Google Form foram extraídos os dados para análise estatística posterior.

Vale ressaltar que foi realizado um teste piloto para avaliar o envio e o preenchimento do questionário pelos participantes. Para isso, foram escolhidos três médicos aleatoriamente na amostra e, depois desse momento, alguns ajustes foram realizados.

6.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos do questionário foram analisados a partir da aplicação de métodos estatísticos adequados à natureza das questões. Foram realizadas análises

descritivas por meio de tabelas e quadros para cada uma das perguntas do questionário da pesquisa. Posteriormente, as análises bivariadas permitiram a verificação de associação entre as variáveis do estudo, bem como comparações de médias entre grupos³¹.

Os resultados obtidos serão divulgados para os participantes da pesquisa, para os responsáveis técnicos pelo programa da SESDF e para os estudiosos interessados pelo assunto, a fim de subsidiar as políticas de saúde para a melhoria da atenção primária à saúde, através da publicação de artigos científicos com os resultados encontrados.

6.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto atende às exigências éticas e científicas fundamentais, dispostas nas resoluções 466, de 12 de dezembro de 2012, e 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Ele foi submetido à apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília, parecer de número 2.823.25 (Anexo A).

Em suma, cada participante recebeu explicação sobre a pesquisa, seus objetivos e benefícios esperados para o sistema de saúde, bem como o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), aprovado pelo Comitê de Ética. O TCLE foi preenchido e enviado por meio eletrônico, antes da aplicação do questionário investigativo.

Foi assegurada a manutenção da confidencialidade das informações e o anonimato de todos os indivíduos, com resultados divulgados em conjunto, sem permissão de acesso às respostas de maneira individual.

A aplicação do questionário só foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) pelos profissionais de saúde participantes do estudo.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa de campo contou com um grupo inicial de 110 participantes e apresentou o seguinte desfecho:

- 66 (60%) médicos aceitaram participar da pesquisa e responderam o questionário;
- 20 (18,1%) médicos não aceitaram participar da pesquisa;
- 2 (1,8%) médicos não participaram da pesquisa pois se aposentaram e não chegaram a atuar como médico de família e comunidade;
- 6 (5,4%) médicos estavam de licença médica e por isso não responderam o questionário;
- 1 (0,95%) médico desistiu de participar da conversão da carreira para médico de família e comunidade e por isso não respondeu o questionário;
- 1 (0,95%) médica estava de licença maternidade e por isso não respondeu o questionário;
- 14 (12,7%) médicos não estabeleceram contato com a pesquisadora mesmo sendo convidados via WhatsApp por até 3 vezes.

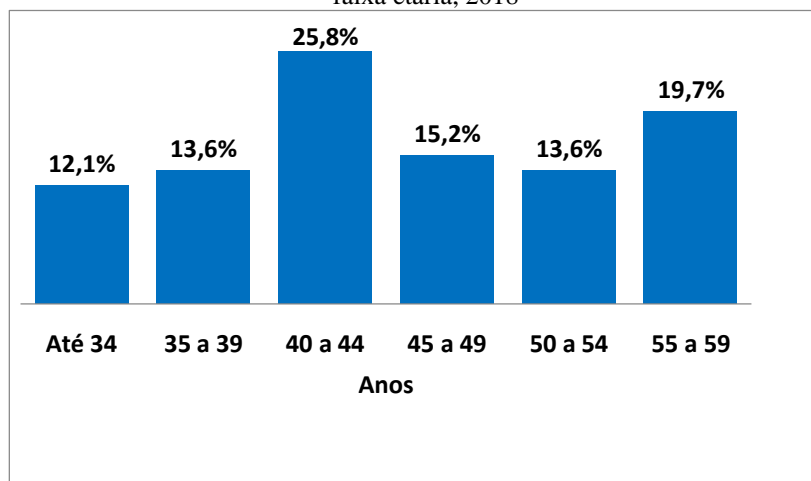
O percentual de 60% dos médicos que aceitaram participar da pesquisa, denominado amostra de pesquisa, foi considerado satisfatório. No entanto, é importante ressaltar que 18,1% dos médicos não aceitaram participar da pesquisa e 12,7% não estabeleceram contato com a pesquisadora após serem convidados a participar.

Os resultados e as discussões oriundas das respostas coletadas dos 66 questionários serão apresentados didaticamente da seguinte forma: 1) Resultados descritivos e discussão; 2) Resultados bivariados e discussão.

7.1 RESULTADOS DESCRITIVOS E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

A estatística descritiva é a etapa inicial da análise utilizada para descrever e resumir os dados. A partir desse tipo de análise, foram encontrados os resultados a seguir apresentados. Os médicos que participaram da pesquisa apresentavam idades bem variadas, com discreto predomínio daqueles com idade entre 40 e 44 anos (Quadro 1). Esse achado coincide com os dados da população médica do Distrito Federal, que tem idade média de 44,6 anos, com desvio padrão de 13,1 anos³².

Quadro 1 – Percentual de médicos participantes do Converte APS-DF em relação à faixa etária, 2018

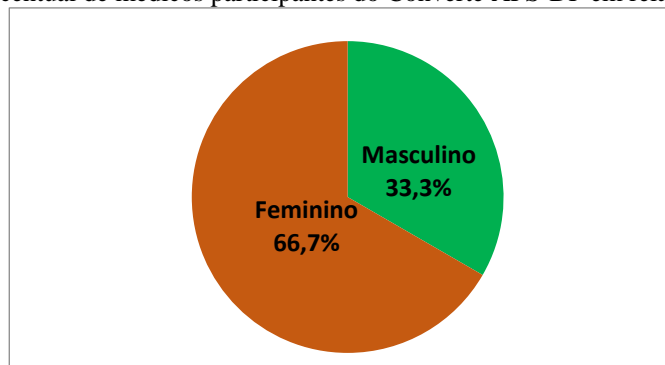


Fonte: A autora.

Em relação ao percentual de homens e mulheres (Quadro 2), a análise dos dados evidenciou que, do total de participantes, 33,3% (22) eram do sexo masculino e o dobro, 66,7% (44), do sexo feminino.

Essa informação vai de encontro com dados da demografia médica brasileira do ano de 2018, que indica que os homens são maioria entre os médicos, com 54,4% do total de profissionais no Brasil no ano de 2017, enquanto as mulheres representam 45,6%. A diferença, no entanto, está diminuindo a cada ano e aponta para uma feminização da medicina no país. As mulheres já são maioria entre os médicos mais jovens – representam 57,4% na faixa etária de 29 anos e 53,7% entre 30 e 34 anos. Nas faixas seguintes, o número de homens é sempre maior, subindo para 54,8% entre 40 e 44 anos, 62,5% entre 60 e 64 anos, atingindo 79,5% no grupo com 70 anos ou mais. Com o avançar da idade, o número de homens aumenta e de mulheres diminui³².

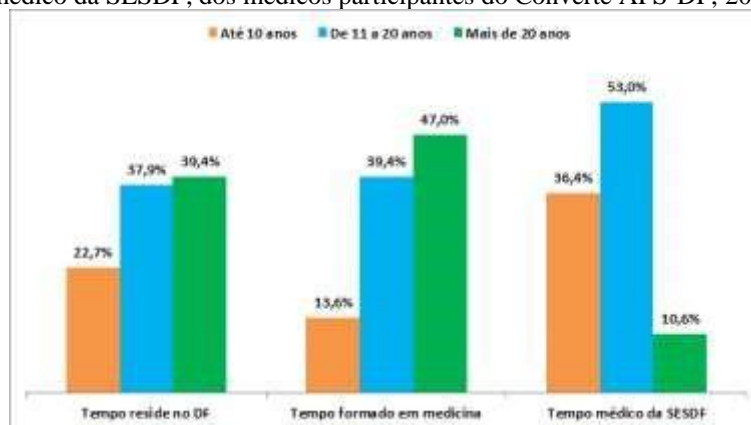
Quadro 2 – Percentual de médicos participantes do Converte APS-DF em relação ao sexo, 2018



Fonte: A autora.

Nota-se no Quadro 3 que quase a metade dos médicos, 47%, tem mais de 20 anos de formado em medicina e que 39,4% têm mais de 20 anos de residência no DF. Em contrapartida, um número significativo deles (36,4%) trabalha há menos de dez anos na SESDF. Isso indica que esses profissionais optaram por ingressar na carreira pública do SUS no DF em tempos mais tardios da carreira, apesar de residirem no DF há mais tempo e de já serem médicos há mais tempo também.

Quadro 3 – Percentual do tempo de residência no DF, do tempo de formado em medicina e do tempo de médico da SESDF, dos médicos participantes do Converte APS-DF, 2018.

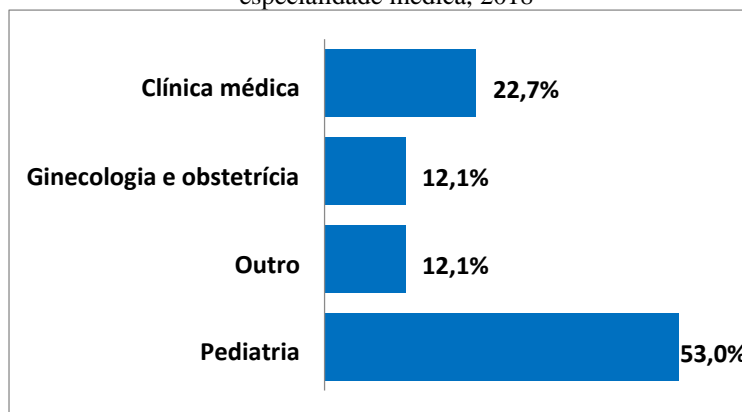


Fonte: A autora.

O Quadro 4 se refere ao perfil profissional dos médicos participantes da pesquisa. Em relação à especialidade médica, 53% declaram-se pediatras; 22,7%, clínicos; 12%, ginecologistas obstetras; e 12,1%, de outras especialidades.

Em pesquisa referente à demografia médica no Brasil no ano de 2018, as quatro especialidades mais prevalentes nesta pesquisa também representam 38,4% de todos os títulos de especialistas no país. Clínica médica representa 11,2% do total; pediatria, 10,3%; cirurgia geral, 8,9%; e ginecologia e obstetrícia, 8%³².

Quadro 4 – Percentual de médicos que participaram do Converte APS em relação à especialidade médica, 2018

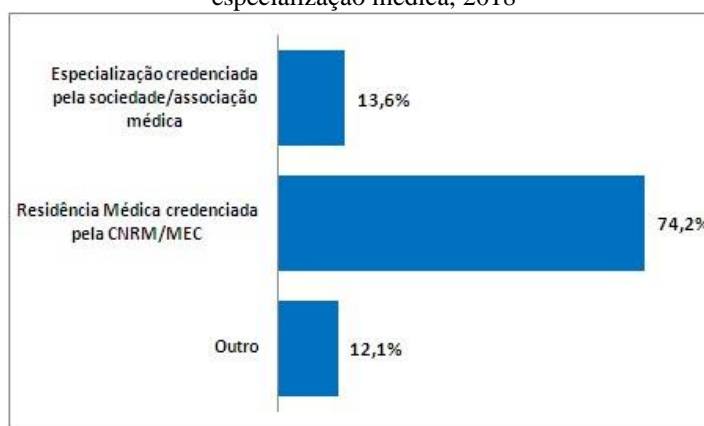


Fonte: A autora.

A distribuição de profissionais titulados por gênero e por especialidade é um indicador importante de tendências entre os profissionais médicos. Pediatria é a especialidade mais frequente entre as mulheres médicas, assim como no estudo em questão, no qual o maior número de participantes era de mulheres e pediatras. Coincidentemente, observa-se que, no Brasil, 57,1% dos médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade são do sexo feminino³².

Após responder sobre sua especialidade médica, o participante informava como tinha obtido o título. De acordo com o Quadro 5, 74,2% dos médicos fizeram residência médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica, Ministério da Educação (CNRM/MEC); 13,6% fizeram especialização credenciada pela sociedade/associação médica; e outros 12,1% obtiveram o título de especialista por meio de outro tipo de formação (não especificada).

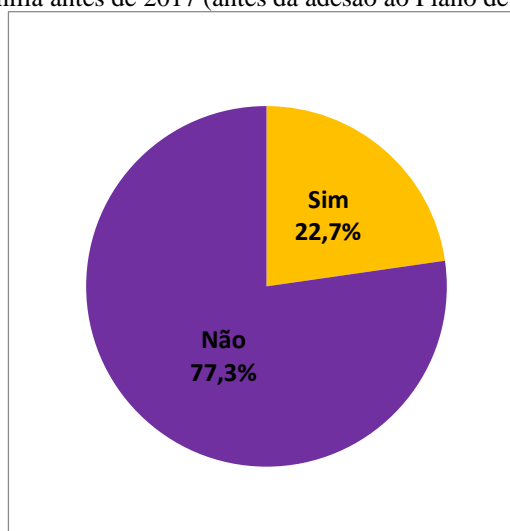
Quadro 5 – Percentual de médicos que participaram do Converte APS e fizeram residência ou especialização médica, 2018



Fonte: A autora.

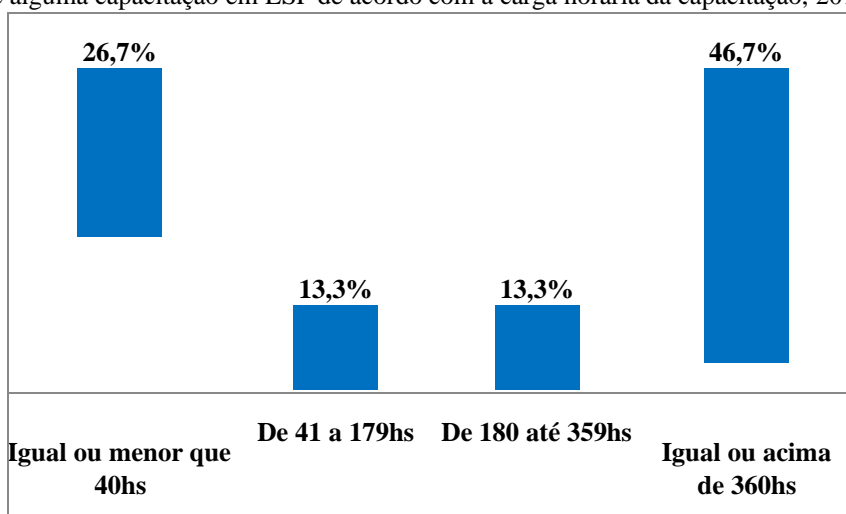
A pesquisa também buscou identificar quantos entre os profissionais da amostra, participaram de alguma capacitação na temática da Saúde da Família, antes de terem aderido ao Plano de Conversão da APS do DF. O Quadro 6 demonstra que apenas 22,7% tiveram essa experiência, sendo que apenas metade dos casos (Quadro 7) em cursos com 360h (ou seja, reconhecidos como especialização geral pelo sistema educacional).

Quadro 6 – Percentual de participantes do Converte APS que já participaram de alguma capacitação na temática da saúde da família antes de 2017 (antes da adesão ao Plano de Conversão da APS no DF)



Fonte: A autora.

Quadro 7 – Percentual de médicos que aderiram ao processo de Conversão da APS e que participaram de alguma capacitação em ESF de acordo com a carga horária da capacitação, 2018



Fonte: A autora.

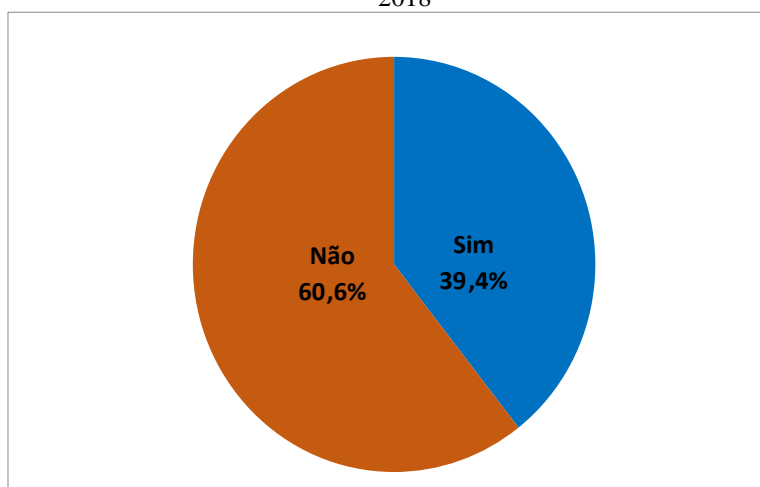
A formação dos médicos que agora trabalham na ESF representa desafios e riscos para a sustentabilidade deste programa. De forma geral, sabe-se da deficiência

no perfil desses profissionais para este modelo já na graduação. Para superar essas deficiências, uma qualificação em APS pode ser estimulada por meio de projetos que têm por objetivo a integração ensino-serviço-comunidade³³.

Para atuarem em uma equipe de saúde da família, os médicos precisam compreender a nova dinâmica do processo de trabalho, sendo necessária visão ampliada, resolutibilidade nas clínicas básicas e capacidade de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde da população em uma concepção de recuperação adequada da saúde e da qualidade de vida³⁴.

Dessa forma, é necessário conhecer as necessidades de cada profissional, para que cursos de capacitação em serviço possam vir a adequar os perfis destes profissionais e consolidá-los na Estratégia Saúde da Família.

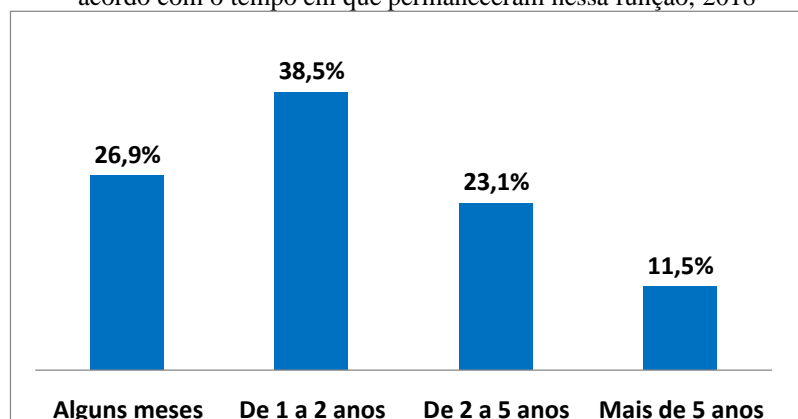
Quadro 8 – Percentual de médicos que trabalharam em ESF antes do processo de Conversão da APS, 2018



Fonte: A autora.

Os resultados do Quadro 8, indicam que apenas 39,4% dos médicos entrevistados trabalharam anteriormente na estratégia de saúde da família e o Quadro 9 mostra que, entre os que já haviam atuado em saúde da família, 26,9% trabalharam por alguns meses, 38,5% por um a dois anos e somente 11,5% por mais de cinco anos.

Quadro 9 – Percentual de médicos que participaram do Converte APS que trabalharam em ESF de acordo com o tempo em que permaneceram nessa função, 2018



Fonte: A autora.

Ao considerar os dois Quadros anteriores, apenas cerca de um terço dos profissionais contavam com tempo expressivo de experiência anterior com a estratégia a ser adotada. Ou seja, a maioria dos médicos que ingressaram no Converte APS detinham pouca experiência em trabalhar na ESF. Esses dados são preocupantes, pois, para o sistema de saúde ser efetivo, deve contar com profissionais qualificados e experientes em APS e na ESF.

A revisão dos atuais currículos dos cursos de graduação médica reforça que a qualificação dos profissionais para atuação na APS deve se iniciar na graduação, com os estudantes de medicina sendo expostos precocemente aos locais de APS para conhecer os problemas de saúde mais frequentes no âmbito individual e comunitário³⁵.

Tendo em vista a formação em Medicina de Família e Comunidade, a Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, obriga à realização do primeiro ano da residência em MFC para o ingresso em outras especialidades médicas básicas (Clínica Médica; Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Cirurgia Geral; Psiquiatria; Medicina Preventiva e Social), o que causará um impacto na organização dos programas de residência médica em todo o país³⁶.

Conhecer os motivos que levaram os médicos a trabalhar com a medicina de família e comunidade, também é importante para a condução do processo de reestruturação da APS. O Quadro 10 aponta que 10,6% objetivavam permanecer na localidade de trabalho, 56,1% queriam permanecer em atividades de trabalho na atenção primária à saúde, 22,7% optaram por essa decisão para preservar as gratificações salariais relativas à atuação na atenção primária à saúde e 10,6% justificaram essa

decisão devido ao desinteresse em ser transferido para outros setores e locais da rede de serviços.

Quadro 10 – Percentual de médicos ante o principal motivo que os levou a optar pela função de médico de família e comunidade após o Converte APS, 2018



Fonte: A autora.

É interessante observar o número expressivo de profissionais (56,1%) que optaram pela carreira de MFC, pois queriam permanecer em atividades na APS. Este resultado pode ser interpretado positivamente, ao considerar as dificuldades relativas a essa especialidade e a esse nível de atenção. Estudos identificam fatores para o desinteresse pela especialização em MFC: baixa remuneração; pouco prestígio da MFC; perfil tecnológico e científico das outras especialidades, o que influenciou a falta de prestígio; pouca vivência da APS na graduação ou experiência de estágio com um profissional desmotivado e frustrado; amplitude do conhecimento para exercer a MFC e a idéia equivocada de que essa área é muito fácil para o estudante motivado; busca de especialidades com maior remuneração devido às dívidas adquiridas com a universidade durante a graduação³⁵. Além destes, outros fatores são apontados como causa de insatisfação no trabalho da APS:

(...) atuar em local que não é da sua escolha, com sobrecarga de atendimento e exposição a violência; os conflitos nas relações de trabalho e problemas na estrutura organizacional dos serviços; as condições salariais insuficientes, o excesso de carga horária e a inexistência de plano de carreira; as situações que limitam a autonomia do profissional; e os problemas na cooperação com os colegas de trabalho³⁷ (p. 2).

Paradoxalmente, este estudo também concluiu que os médicos que trabalhavam na APS eram mais satisfeitos do que aqueles que trabalhavam no hospital. Outro estudo, realizado no município de Campo Grande, relata que o principal motivo dos médicos escolherem trabalhar na ESF é a realização e satisfação pessoal e profissional³⁸.

A pesquisa realizada objetivou também avaliar a adaptação dos médicos especialistas

(pediatras, clínicos e ginecologistas/obstetras) na atuação como médico de família e comunidade, mediante perguntas constantes nos blocos I e II do questionário de pesquisa. No Bloco I, os profissionais marcaram o grau de concordância com determinadas afirmativas relativas ao trabalho na ESF. Foi utilizada a escala de Likert com 5 pontos para se responder o questionário como apresentado a seguir: Discordo totalmente; Discordo parcialmente; Não concordo, nem discordo; Concordo parcialmente; Concordo totalmente (Quadro 11).

No Bloco I do questionário de pesquisa, os profissionais marcaram o grau de concordância com determinadas afirmativas relativas ao trabalho na ESF. Foi utilizada a escala de Likert com 5 pontos para se responder o questionário como apresentado a seguir: Discordo totalmente; Discordo parcialmente; Não concordo, nem discordo; Concordo parcialmente; Concordo totalmente.

Segue o resultado das respostas dos participantes referentes às questões de letra “a” a letra “e”.

Quadro 11 – Bloco I: assertivas de letra “a” a letra “e” – Questionário de pesquisa, 2018



Fonte: A autora.

No grupo de assertivas do Quadro 11, nota-se que a grande parte dos médicos concordaram totalmente ou parcialmente com o que lhes foi exposto (respostas em azul escuro). As frases abordaram assuntos relativos à função do médico de família, ao aumento da resolutividade da ESF e ao plano de conversão da APS no DF. Observa-se que 80,3% dos entrevistados concordaram que “investir na formação adequada e na capacitação continuada dos profissionais que a compõem é uma medida para aumentar a resolubilidade da Estratégia de Saúde da Família”. Essa afirmativa é comum a outros estudos em que os profissionais da APS reafirmam a necessidade de um processo contínuo e eficaz de aperfeiçoamento para a reorganização do processo de trabalho³⁹.

Já as assertivas de letra “f” a letra “j”, presentes no Quadro 12, apresentaram respostas bem variadas. Um grande número de participantes discordou totalmente das seguintes afirmativas: “A oferta atual de oportunidades para a formação e capacitação pela SESDF é suficiente para atender a demanda da população” (59,1% dos entrevistados) e “A capacitação teórica/prática oferecida no plano de conversão da APS foi suficiente para você atuar na nova especialidade de médico de família e comunidade” (40,9% dos entrevistados).

Quadro 12 – Bloco I: assertivas de letra “f” a letra “j” – Questionário de pesquisa, 2018



Fonte: A autora.

A análise dessas respostas possivelmente reflete o que os médicos especialistas que passam a atuar como médicos de família e comunidade, necessitam para aprimorar sua prática diária. Como foi apresentado anteriormente, 47% dos entrevistados possuem mais de 20 anos de formados em medicina. E 39,4% têm de 11 a 20 anos. Tais profissionais certamente receberam uma formação acadêmica com enfoque na doença e

no conhecimento fragmentado em disciplinas, além da prática desenvolvida predominantemente no hospital. Revelam-nos Ferreira, Fiorini e Crivelaro⁴⁰ que era na prática profissional centrada em cenários hospitalares que tradicionalmente se desenvolviam os currículos médicos nos quais a formação profissional da saúde ampliada e generalista não era eficazmente estimulada. Nesse sentido, deve-se considerar que a necessidade de uma formação que contemple a integralidade à saúde é extremamente importante para esses profissionais⁴¹.

Já em relação à frase “A visita domiciliar deve ser de responsabilidade compartilhada entre todos os membros da equipe de saúde da família, inclusive dos médicos”, presente no Quadro 12, 74,2% dos entrevistados disseram concordar totalmente com ela.

Estudo realizado no município de Campo Grande³⁸ revelou que, para os médicos, a organização da saúde integral e a visita domiciliar estão entre as principais características da APS para a prática profissional. Tais constatações vão ao encontro da pesquisa em análise e do estudo⁴² em que os médicos de Botucatu (SP) atuantes na ESF tinham grande satisfação na visita domiciliar, já que ela torna a prática profissional mais próxima de uma medicina centrada nos indivíduos.

Quadro 13 – Bloco I: assertivas de letra “k” a letra “o” – Questionário de pesquisa, 2018



Fonte: A autora.

Nas assertivas de letra “k” a letra “o”, do Quadro 13, nota-se que as respostas foram bem variadas e com predomínio da concordância parcial ou total (cores azul claro e escuro, respectivamente) em relação às frases apresentadas aos entrevistados. A frase “Compete ao médico da equipe fazer a gestão compartilhada dos casos mais complexos”

teve 51,5% de concordância total entre os participantes, e a frase “Durante a prática como médico de família e comunidade você deve ter conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem nos serviços especializados” apresentou 65,25% também de concordância total entre os participantes.

É interessante observar que, apesar de os entrevistados terem uma especialização médica inicial diferente da MFC, eles já apresentam um conhecimento alinhado com os fundamentos da saúde da família, como apresentado acima, no que se refere à gestão compartilhada dos casos e à integralidade e longitudinalidade do cuidado.

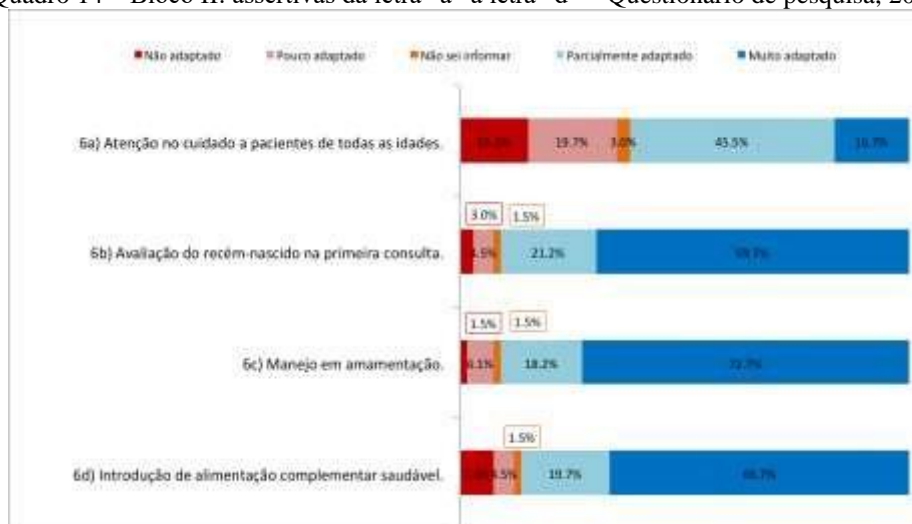
As respostas do Bloco I mostraram que a concordância total ou parcial com as assertivas apresentadas foi superior à discordância, afirmando a proximidade que os entrevistados possuem com os temas abordados referentes à ESF. Mesmo não sendo especialistas em MFC, os profissionais que optaram por participar da conversão de carreira na SESDF já apresentavam um conhecimento satisfatório dos assuntos que norteiam o trabalho na medicina de família e comunidade.

No Bloco II do questionário de pesquisa, os profissionais indicaram o grau de adaptação quando interrogados quanto à prática clínica diária como médico de uma equipe de saúde da família. Foi utilizada a escala de Likert com 5 pontos para se responder o questionário, de acordo com as opções apresentadas: Não adaptado; Pouco adaptado; Não sei informar; Parcialmente adaptado; Muito adaptado.

O Quadro 14 indica que 45,5% dos indivíduos se declararam parcialmente adaptados no manejo dos pacientes de todas as idades e 16,7% estão muito adaptados. Certamente, esses profissionais já apresentavam essa habilidade antes mesmo da proposta de reestruturação da APS. Em relação aos assuntos referentes à saúde infantil (Quadros 14 e 15), nota-se que a maioria dos médicos se sente muito ou parcialmente adaptado para desempenhar essas ações.

Vale a pena lembrar, a este respeito, que 53% dos entrevistados são médicos pediatras.

Quadro 14 – Bloco II: assertivas da letra “a” a letra “d” – Questionário de pesquisa, 2018



Fonte: A autora.

Ainda em relação à saúde da criança, 75,8% dos médicos referiram estar muito adaptados para realizar avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e 15,2% relataram estar parcialmente adaptados (Quadro 15). O que parece favorável, ao associar o trabalho das ESF como ferramenta para a redução da mortalidade infantil⁴³. Estes e outros resultados, como 62,1% dos profissionais afirmarem sentir-se muito adaptados para acompanhar o calendário vacinal, também corroboram expectativa promissora para a saúde da criança no Distrito Federal.

Quadro 15 – Bloco II: assertivas de letra “e” a letra “h” – Questionário de pesquisa, 2018



Fonte: A autora.

No Quadro 16, observa-se o grau de adaptação dos médicos em relação ao manejo do planejamento reprodutivo, do pré-natal e da paternidade ativa. Nota-se que,

para aconselhar o planejamento familiar, a maioria dos profissionais se declara parcialmente adaptada (48,5%) ou, ainda, muito adaptada (22,7%). Na realização de consultas de pré-natal, a adaptação dos profissionais também é considerável, sendo 40,9% parcialmente e 25,8% muito adaptados. No apoio à paternidade ativa, apenas 22,7% se sentem muito adaptados e 34,8%, parcialmente adaptados.

Quadro 16 – Bloco II: assertivas de letra “i” a letra “l” – Questionário de pesquisa, 2018



Fonte: A autora.

No que tange especificamente aos cuidados com a saúde da mulher, percentual elevado dos médicos (30,3%) não se sente habilitado para realizar exame preventivo (Papanicolau) nas mulheres (Quadro 16).

O Quadro 17 indica que, em relação ao exame clínico das mamas em mulheres, 24,2% dos participantes se sentem pouco adaptados, 30,3% se sentem parcialmente adaptados e 31,8%, muito adaptados. No manejo do climatério, é considerável o percentual de profissionais não adaptados (27,3%) ou pouco adaptados (27,3%). Já em relação ao atendimento de doenças sexualmente transmissíveis, 30,3% dos médicos se sentem parcialmente adaptados a realizá-lo e 33,3%, muito adaptados.

Em suma, nota-se que é bem variado o grau de percepção dos médicos que agora estão atuando como médicos de família e comunidade, sobre suas habilitações no cuidado à saúde da mulher. Este resultado é preocupante, dada a importância da qualificação desses profissionais nessa temática, já que alguns dos indicadores de saúde pactuados nacionalmente fazem referência ao cuidado da população feminina. Conforme a decisão tomada na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, em 24 de novembro de 2016, e a Resolução 8, publicada no Diário Oficial da União em

12 de dezembro de 2016, ficaram definidos os indicadores pactuados interfederativamente para os anos de 2017 a 2021. Eles têm por objetivo orientar os estados no processo nacional de pactuação e metas, ao apresentar as fichas de qualificação dos 23 indicadores estabelecidos para o quinquênio.

O documento Pactuação Interfederativa 2017-2021. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores contempla nos indicadores de número 11 (Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária) e de número 12 (Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária) as ações desenvolvidas pelos profissionais da APS no enfrentamento do câncer na população feminina⁴⁴.

Quadro 17 – Bloco II: assertivas de letra “m” a letra “p” – Questionário de pesquisa, 2018



Fonte: A autora.

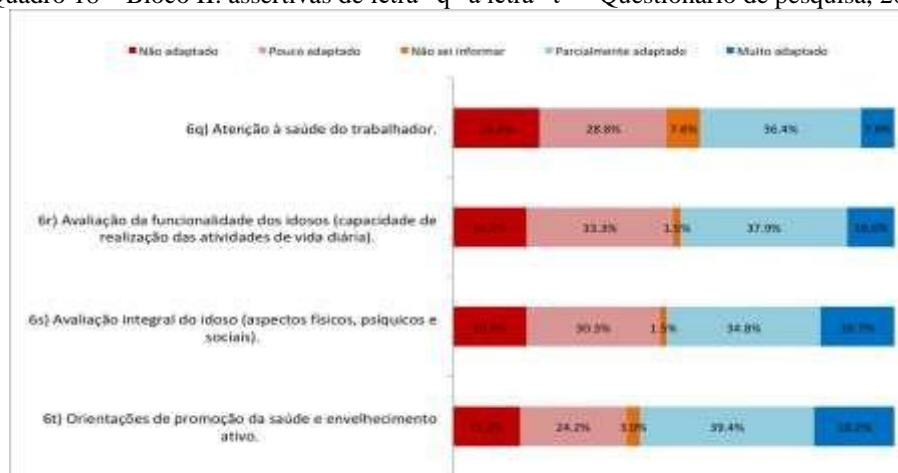
Já a assertiva de letra “p” (Quadro 17) introduz o manejo à saúde do homem, mostrando que, no rastreamento do câncer de próstata, 36,4% dos médicos se sentem parcialmente adaptados a realizarem-no e 33,4% dos médicos não se sentem adaptados a fazê-lo.

Em relação à saúde do trabalhador, 28,8% dos profissionais estão pouco adaptados e 36,4% estão parcialmente adaptados a manejá-la (Quadro 18).

Tanto em relação à saúde do homem quanto à saúde do trabalhador, nota-se que um percentual significativo de profissionais ainda apresenta dificuldade na condução desses casos. Outros estudos sobre o assunto reforçam que ainda é incipiente o cuidado ofertado aos homens nas ESF, e a dificuldade não é específica dos

profissionais médicos que estão iniciando a carreira de médico de família e comunidade⁴⁵. Ações de fomento e de desenvolvimento da atenção integral à saúde do homem ainda se fazem necessárias⁴⁶.

Quadro 18 – Bloco II: assertivas de letra “q” a letra “t” – Questionário de pesquisa, 2018



Fonte: A autora.

As respostas relativas à saúde do idoso, apresentadas nos Quadros 18 e 19, mostram que é bem variado o grau de adaptação dos médicos nessa temática, revelando que os profissionais, em quase todas as assertivas, estão pouco ou parcialmente adaptados.

Quando comparado a outros ciclos de vida, nota-se que o percentual de profissionais que não estão, ou estão pouco adaptados para atender idosos, é maior do que o que já foi apresentado até agora. O aumento da população idosa, que vem ocorrendo de forma rápida e progressiva, exige que os médicos estejam capacitados para atender às especificidades dessa etapa da vida, melhorando a assistência prestada.

A ESF constitui-se em um espaço apropriado para a atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliar possibilita atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo paciente. A ESF pode representar, para o idoso, o vínculo com o sistema de saúde⁴⁷.

O Quadro 19 apresenta resultados sobre questões diversas. A assertiva de letra “v” se refere ao aconselhamento para parar de fumar. Nesse caso, 33,3% dos médicos estão pouco adaptados para realizar o atendimento e 27,3% estão parcialmente adaptados. Já na realização de pequenos procedimentos cirúrgicos, 47% dos médicos não estão adaptados e 18,2% estão parcialmente adaptados a realizá-los, mostrando que, em relação a pequenos procedimentos de cirurgia geral, 65,2% dos médicos não estão aptos a realizá-los. Na abordagem da saúde mental, a porcentagem de entrevistados

pouco adaptados é significativa também. Do total, 28,8% responderam não estar adaptados e 25,8% responderam estar parcialmente adaptados a desempenhar esse cuidado.

Quadro 19 – Bloco II: assertivas de letra “u” a letra “x” – Questionário de pesquisa, 2018



Fonte: A autora.

Ainda relacionado ao componente da saúde mental, no Quadro 20, letra y, nota-se que, para “aconselhar e tratar o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)”, 24,2% dos médicos não se sentem adaptados e 36,4% se sentem parcialmente adaptados.

Para que o atendimento à saúde mental aconteça em nível primário, é necessário que os profissionais sejam preparados para ouvir e perceber que a demanda em saúde mental vai além da(o) doença/transtorno mental instalado. Requer também pensar e agir pautado na atenção psicossocial, além de uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde com os serviços de saúde mental.

A saúde mental na atenção básica foi se responsabilizando, inicialmente, pela assistência a certas demandas como transtornos psíquicos leves e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Porém, atualmente, outras demandas já se apresentam na saúde mental da atenção básica, como, por exemplo, o sofrimento psíquico relacionado a outros problemas de saúde e os relacionados a situações socioeconômicas e de desigualdade sociais⁴⁸. Assim, conhecer e manejar essas situações faz parte da prática diária dos médicos que participaram da conversão do modelo de APS no DF, o que torna a qualificação nessa temática necessária.

Quadro 20 – Bloco II: assertivas de letra “y” a letra “ab” – Questionário de pesquisa, 2018



Fonte: A autora.

O Quadro 20 mostra que a abordagem de assuntos como “aconselhar e solicitar o teste anti-HIV”, “aconselhar sobre prevenção de acidentes” e “abordar as situações de violência entre as famílias” possui diferentes graus de adaptação. Chama a atenção que 46,5% dos entrevistados se sentem adaptados para aconselhar e solicitar o teste anti-HIV e 51,5% se sentem parcialmente adaptados a abordar situações de violência nas famílias.

O enfrentamento da violência doméstica pode ser realizado de forma eficaz pela ESF. O trabalho realizado junto à comunidade permite diminuir o dano na saúde de crianças, adolescentes e mulheres, já que a violência contra essa população tem sido objeto de inúmeras pesquisas no campo da saúde pública, demonstrando tratar-se de fenômeno de alta prevalência e grande impacto na saúde mental e física⁴⁹. No caso desta pesquisa, o maior percentual de pediatras que responderam o questionário investigativo pode ter favorecido o resultado positivo da assertiva relacionada à violência, uma vez que tais situações são frequentes na prática desta especialidade.

7.2 RESULTADOS DA ANÁLISE BIVARIADA E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

A análise bivariada permite correlacionar duas ou mais variáveis, indicando se as diferenças entre elas refletem influências, causalidades ou coincidências³¹. Nesse sentido, os resultados do presente estudo foram avaliados com auxílio dessa ferramenta.

Tabela 4 – Tempo de médico na SESDF X motivo principal que o levou a optar pela função de médico de família e comunidade, após o Converte APS, 2018

			Há quanto tempo você é médico da SESDF?				Total
			Até 10 anos	De 10 a 15 anos	De 15 a 20 anos	Mais de 20 anos	
Qual o motivo principal que o levou a optar pela função de médico de família e comunidade, após o Converte APS 2017?	Permanecer na localidade de trabalho	Nº médicos % tempo SESDF	2 8,3%	2 11,8%	2 11,1%	1 14,3%	7 10,6%
	Permanecer em atividades de trabalho na atenção primária à saúde	Nº médicos de % tempo SESDF	14 58,3%	6 35,3%	14 77,8%	3 42,9%	37 56,1%
	Preservar as gratificações salariais relativas à atuação na atenção primária à saúde	Nº médicos % tempo SESDF	5 20,8%	7 41,2%	1 5,6%	2 28,6%	15 22,7%
	Desinteresse em transferência para outros setores e locais da rede de serviços	Nº médicos % tempo SESDF	3 12,5%	2 11,8%	1 5,6%	1 14,3%	7 10,6%
	Total	Nº médicos % tempo SESDF	24 100,0%	17 100,0%	18 100,0%	7 100,0%	66 100,0%

Fonte: A autora.

A Tabela 4 informa que o principal motivo que levou os médicos a optarem pela função de médico de família e comunidade, após o Converte APS em 2017, foi a permanência dos mesmos em atividades da atenção primária (37 médicos), revelando que tanto profissionais que trabalham há menos de 10 anos na Secretaria de Saúde, quanto profissionais que estão de 15 a 20 anos na SESDF, apresentaram o mesmo perfil de opção.

Outro dado importante é que, entre os profissionais que optaram por preservar as gratificações salariais, 62% deles tinham menos de 15 anos de trabalho na SESDF.

Em alguns momentos, durante o Converte APS, os gestores e os demais servidores da SESDF pensaram que manter as gratificações salariais seria o principal motivo para os profissionais mudarem de carreira, e que os profissionais que fizessem essa opção, seriam médicos com mais tempo de trabalho na SESDF.

Tabela 5 – Tempo de médico na SESDF X tempo de trabalho na APS da SESDF, 2018

			Há quanto tempo você é médico da SESDF?				Total
			Até 10 anos	De 10 a 15 anos	De 15 a 20 anos	Mais de 20 anos	
Há quanto tempo você trabalha na Atenção Primária à Saúde na SESDF?	De 1 a 5 anos	Nº médicos	17	2	3	3	25
		% tempo SESDF	70,8%	11,8%	16,7%	42,9%	37,9%
	De 10 a 15 anos	Nº médicos	0	6	6	0	12
		% tempo SESDF	0,0%	35,3%	33,3%	0,0%	18,2%
	De 5 a 10 anos	Nº médicos	7	8	2	0	17
		% tempo SESDF	29,2%	47,1%	11,1%	0,0%	25,8%
	Mais de 15 anos	Nº médicos	0	1	7	4	12
		% tempo SESDF	0,0%	5,9%	38,9%	57,1%	18,2%
Total		Nº médicos	24	17	18	7	66
		% tempo SESDF	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: A autora.

A Tabela 5 revela que 17 médicos (do total de 66) tinham pouco tempo de SESDF (menos de 10 anos) e pouco tempo de trabalho na APS (1 a 5 anos).

Já a Tabela 6 informa que dos médicos que participaram da pesquisa (66), 35 eram pediatras e apenas 4 deles tinham mais de 15 anos de APS.

Tabela 6 – Tempo de trabalho na APS da SESDF X especialidade médica, 2018

			Há quanto tempo você trabalha na Atenção Primária à Saúde na SESDF?				Total
			De 1 a 5 anos	De 5 a 10 anos	De 10 a 15 anos	Mais de 15 anos	
Especialidade médica?	Clínica médica	Nº médicos	7	2	2	4	15
		% tempo APS	28,0%	11,8%	16,7%	33,3%	22,7%
	Ginecologia e obstetrícia	Nº médicos	5	0	0	3	8
		% tempo APS	20,0%	0,0%	0,0%	25,0%	12,1%
	Outro	Nº médicos	4	3	0	1	8
		% tempo APS	16,0%	17,6%	0,0%	8,3%	12,1%
	Pediatria	Nº médicos	9	12	10	4	35
		% tempo APS	36,0%	70,6%	83,3%	33,3%	53,0%
Total		Nº médicos	25	17	12	12	66
		% tempo APS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: A autora.

A necessidade de expansão da atenção primária à saúde no Distrito Federal não veio acompanhada de incremento suficiente na formação de especialistas em medicina de família e comunidade. Ainda com um número de vagas de residência médica

insuficiente para a demanda existente, pode-se constatar um gargalo histórico no preenchimento das vagas para médicos com formação em medicina de família e comunidade nas equipes. Dessa forma, analisando-se as Tabelas 5 e 6 constata-se que a adesão espontânea de médicos especialistas, que já trabalhavam na APS, à essa função, pode ter sido uma alternativa importante para a constituição de novas equipes de saúde da família no Distrito Federal⁵⁰.

Tabela 7 – Especialidade médica X grau de concordância se a capacitação teórica/prática oferecida pelo Plano de Conversão da APS facilitou sua atuação na função de médico de família e comunidade, 2018

			Especialidade médica				
			Clínica médica	Ginecologia e obstetria	Outro	Pediatria	Total
A capacitação teórica/prática oferecida pelo Plano de Conversão da Atenção Primária à Saúde facilitou sua atuação na função de médico de família e comunidade	Discordo totalmente	Nº médicos	5	3	4	15	27
		Percentual (%)	33,3%	37,5%	50%	42,9%	40,9%
	Discordo parcialmente	Nº médicos	0	4	1	4	9
		Percentual (%)	0,0%	50,0%	12,5%	11,4%	13,6%
	Não discordo, nem concordo	Nº médicos	1	1	1	0	3
		Percentual (%)	6,7%	12,5%	12,5%	0,0%	4,5%
	Concordo parcialmente	Nº médicos	6	0	2	15	23
		Percentual (%)	40,0%	0,0%	25,0%	42,9%	34,8%
	Concordo totalmente	Nº médicos	3	0	0	1	4
		Percentual (%)	20,0%	0,0%	0,0%	2,9%	6,0%
	Total	Nº médicos	15	8	8	35	66
		% tempo APS	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100%

Fonte: A autora.

A Tabela 7 revelou que, independente da especialidade, 40,9% dos médicos discordaram totalmente de que a capacitação teórica/prática oferecida durante o plano de conversão da Atenção Primária à Saúde facilitou sua atuação na função de médico de família e comunidade, seguido de 34,8% dos entrevistados (de todas as especialidades, com exceção dos ginecologistas e obstetras) que concordaram parcialmente com essa assertiva.

O aperfeiçoamento profissional dos trabalhadores da ESF reflete em melhoria na sua prática profissional e em melhor qualidade do serviço, na percepção dos profissionais³³. A qualificação em serviço está intimamente relacionada com o tipo de serviço oferecido para a população.

O enfoque pedagógico limitado às metodologias tradicionais, baseadas na transmissão de conhecimentos, como aconteceu na formação dos médicos durante o

Converte APS, não privilegiam a formação crítica do estudante diante de problemas relacionados à clínica e à saúde coletiva³³.

Tabela 8 – Participação em alguma capacitação na temática da Saúde da Família antes de 2017, ou seja, antes da adesão ao Plano de Conversão da APS no DF x grau de adaptação no cuidado a pacientes de todas as idades, 2018

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

Fonte: A autora.

A Tabela 8 informa que dos 66 médicos, 15 já tinham participado de alguma capacitação na temática da Saúde da Família antes de aderir ao plano de conversão da APS no DF, enquanto que 51 nunca tinham participado. Dos 15 que participaram, 8 (53,3%) se sentiam parcialmente adaptados no cuidado a pacientes de todas as idades, enquanto 5 (33,3%) se sentiam muito adaptados. Dos médicos que não realizaram capacitação em Saúde da Família, 5 (11,8%) se sentiam muito adaptados nesse cuidado; 22 (43,1%) se sentiam parcialmente adaptados; 12 (23,5%), pouco adaptados; e 10 (19,6%) se sentiam não adaptados.

A maioria dos profissionais que referiram capacitação relacionada às atividades na ESF afirmou que estas contribuíram tanto para o aperfeiçoamento profissional quanto para mudanças na prática profissional e/ou na qualidade do serviço, além de ser útil para superar as deficiências da formação profissional em APS³³. Programas de fortalecimento e reorientação do processo de formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, portanto, devem ser estimulados.

Tabela 9 – Se já trabalhou na ESF antes do processo de conversão da APS ocorrida no DF em 2017 x grau de adaptação no cuidado a pacientes de todas as idades, 2018

		Você já trabalhou na Estratégia de Saúde da Família antes do processo de conversão da APS ocorrida no DF em 2017?			
		Sim		Não	
		Nº médicos	Percentual (%)	Nº médicos	Percentual (%)
Atenção no cuidado a pacientes de todas as idades	Não adaptado	1	3,8%	9	22,5%
	Pouco adaptado	5	19,2%	8	20,0%
	Não sei informar	0	0,0%	2	5,0%
	Parcialmente adaptado	16	61,5%	14	35,0%
	Muito adaptado	4	15,4%	7	17,5%
Total		26	100%	40	100%

Fonte: A autora.

Complementando o exposto na Tabela 8, a de número 9 mostra que ter trabalhado na ESF antes do processo de conversão da APS em 2017 também facilitou o atendimento da população de todas as idades pelos médicos especialistas, após a mudança de carreira para MFC. Dos que já trabalharam na ESF anteriormente, apenas 3,8% deles se sentiam não adaptados para essa função, em comparação com 22,5% dos que nunca trabalharam na ESF.

Assim, as Tabelas 8 e 9 comprovam que os médicos especialistas que nunca tiveram contato com o trabalho na ESF, seja por meio do ensino (graduação, treinamentos e cursos) ou de trabalho prévio em uma equipe, sentem mais dificuldade no manejo da população em geral.

Tabela 10 – Especialidade médica x grau de adaptação no cuidado a pacientes de todas as idades, 2018

			Especialidade médica			
			Clínica médica	Ginecologia e obstetrícia	Outro	Pediatria
Atenção no cuidado a pacientes de todas as idades	Não adaptado	Nº médicos	0	1	0	9
		Percentual (%)	0,0%	12,5%	0,0%	25,7%
	Pouco adaptado	Nº médicos	0	1	1	11
		Percentual (%)	0,0%	12,5%	12,5%	31,4%
	Não sei informar	Nº médicos	0	1	1	0
		Percentual (%)	0,0%	12,5%	12,5%	0,0%

Parcialmente adaptado	Nº médicos	10	4	4	12
	Percentual (%)	66,7%	50,0%	50,0%	34,3%
Muito adaptado	Nº médicos	5	1	2	3
	Percentual (%)	33,3%	12,5%	25,0%	8,6%
Total		15	8	8	35
		100%	100%	100%	100%

Fonte: A autora.

De acordo com a Tabela 10, de todos os especialistas que agora passaram a atuar como médicos de família e comunidade, os clínicos são os profissionais que se sentem mais adaptados a atender todos os ciclos de vida (66,7% parcialmente adaptados e 33,3% muito adaptados), enquanto os pediatras são os que se sentem menos adaptados (34,3% parcialmente adaptados e 8,6% muito adaptados). Essa análise é importante pois direciona o entendimento dos gestores em relação às necessidades desses profissionais. Uma forma de educação e treinamento em serviço pode ser proposta para suprir os pontos fracos.

Vale lembrar que a Lei Federal nº 12.871, de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, determinou mudanças nos programas de residência médica, ainda em fase de implementação ou de discussão de viabilidade. Dentre as mudanças temos a necessidade da realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os Programas de Residência Médica de Pediatria, Medicina Interna (clínica médica) e Ginecologia Obstetrícia.

Essa lei, se de fato for cumprida, permitirá que os médicos dessas três especialidades possam desempenhar, com competência, ações no âmbito da APS. Essa ação fortalece a atenção básica além de abrir um leque de opção para desses profissionais nos serviços de saúde, tanto para os gestores quanto para os próprios profissionais.

A lei supracitada também regulamenta que Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida. Logo um SUS mais integrado e de qualidade pode ser oferecido para a população à partir do intercâmbio de conhecimento promovido pelos novos programas de residência médica.

A Tabela 11, a seguir, mostra a distribuição dos profissionais de saúde de acordo com as Regiões de Saúde do DF. Nota-se que na implantação, as regiões de Saúde Norte, CentroNorte, Oeste e Sudoeste apresentaram o maior número de profissionais (13) entre os que participaram da pesquisa. Observa-se ainda que a movimentação desses servidores, entre as regiões de saúde, após a implantação do Converte APS, não foi importante.

Com o fim do processo de capacitação e mudança de especialidades, 108 ESF foram compostas em fevereiro de 2018, totalizando 549 equipes em todo DF. Isso elevou a cobertura da APS para 69,1% da população. Portanto, a população total assistida pela ESF nas regiões de saúde passou de estimados 1.038.750 para 2.058.750 habitantes após um ano do processo de conversão da APS⁵¹.

Encerra-se aqui a apresentação e a discussão dos resultados, embora persista uma forte impressão de que novas abordagens devam ser garimpadas pela autora, que reconhece e assume este desafio.

A presente sistematização dos resultados, como dissertação de um mestrado profissional, se destina a contribuir para o melhor entendimento do processo em curso na SESDF, na consolidação da atenção básica orientada pela ESF preconizada para o SUS.

Além da apresentação e discussão ora apresentadas, estes resultados devem ser divulgados e expostos a novas interpretações, tanto por iniciativa desta autora, como pelos atores do processo institucional em andamento. A divulgação dos achados da pesquisa através da publicação de artigos científicos em revistas relacionadas ao tema será uma continuidade desse projeto.

Estas observações adquirem realce no momento atual, em que uma nova gestão governamental se inicia. Esse é o intuito do capítulo seguinte, ao apresentar algumas sugestões e encaminhamentos que, porventura, sejam de interesse dos profissionais e dirigentes da instituição.

Tabela 11– Região de saúde* do DF em que trabalhava na implantação do Converte APS 2017 x região de saúde do DF em que trabalha atualmente, 2018

		Na implantação do Converte APS 2017, em que região de saúde do DF você trabalhava?							Total	
		Região de Saúde Norte	Região de Saúde Centro-Norte	Região de Saúde Centro-Sul	Região de Saúde Sul	Região de Saúde Oeste	Região de Saúde Sudoeste	Região de Saúde Leste		
Atualmente, em qual região de saúde do DF você trabalha?	Nº médicos	13	4	-	-	-	-	-	17	
	Região de Saúde Norte % na implantação	100,0%	33,3%	-	-	-	-	-	25,8%	
	Nº médicos	-	7	-	-	-	-	-	7	
	Região de Saúde Central % na implantação	-	58,3%	-	-	-	-	-	10,6%	
	Região de Saúde Centro-Sul	Nº médicos	-	-	4	1	-	-	-	5
	% na implantação	-	-	100,0%	20,0%	-	-	-	7,6%	
	Região de Saúde Sul	Nº médicos	-	-	-	4	-	-	-	4
	% na implantação	-	-	-	80,0%	-	-	-	6,1%	
	Região de Saúde Oeste	Nº médicos	-	-	-	-	10	-	-	10
% na implantação	-	-	-	-	-	76,9%	-	-	15,2%	
Região de Saúde Sudoeste	Nº de médicos % na implantação	-	1	-	-	3	13	-	17	
		-	8,3%	-	-	23,1%	100,0%	-	25,8%	
Região de Saúde Leste	Nº médicos	-	-	-	-	-	-	6	6	
% na implantação	-	-	-	-	-	-	-	100,0%	9,1%	
Total	Nº médicos	13		4		13		6		

% na implantação	100,0%	12	100,0%	5	100,0%	13	100,0%	66
		100,0%		100,0%		100,0%		100,0%

*Região de Saúde = Superintendência das Regiões de Saúde. Fonte: A autora.

8 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A realização dessa pesquisa constituiu um esforço de registro sistematizado das mudanças ocorridas na atenção primária do DF nos anos de 2017 e 2018. Ademais, buscou-se contextualizar este processo em curso, a partir de uma revisão sobre a evolução histórica da saúde pública no Distrito Federal, nas últimas seis décadas.

O Plano Brasília Saudável, e particularmente o Converte APS, foi uma das bandeiras levantadas na gestão do setor saúde no Distrito Federal do final do ano de 2016 até 2018. Essa reestruturação da APS foi um movimento relativamente rápido e de grande impacto, principalmente para os profissionais diretamente envolvidos. Como seria de esperar em processos dessa natureza, registravam-se polêmicas e, até mesmo, dificuldades e resistências às medidas governamentais. Adicionalmente, a coleta dos dados, realizada nos meses de setembro a novembro de 2018, aconteceu na vigência do período eleitoral para governador e deputados do DF.

Nessas circunstâncias, havia um certo clima de tensão, de modo que a própria pesquisadora teve que esclarecer consultas de vários dos médicos participantes do estudo, que a pesquisa era parte de um programa de mestrado e que as expectativas da mestranda eram apenas de registrar, conhecer e facilitar melhorias para o cuidado primário na capital federal. Ou seja, que o estudo não tinha nem poderia ter conotação político-partidária.

Contar com a colaboração de atores tão importantes nesse processo garantiu a legitimidade da pesquisa e a veracidade dos dados apresentados. Alguns participantes, além de responderem ao questionário, utilizaram o contato feito por meio da pesquisa para falarem, para serem ouvidos e para expressarem satisfação ou inconformismo, ao participarem da experiência do Converte APS.

Pesquisas como esta, que se baseiam nas vivências profissionais, remetem ao pensamento de que o trabalho é umas das funções sociais dos indivíduos, que utilizam a “profissão” para serem o que realmente importa para si mesmos e para a sociedade. Um dos resultados importantes deste estudo foi detectar que a realização em trabalhar na ESF e na APS foi a principal motivação declarada pelos profissionais que adotaram a nova carreira de médico de família e comunidade, e não apenas manter as gratificações salariais, como era corriqueiramente comentado entre os próprios servidores da SESDF.

Outro ponto interessante que se observou foi que, apesar dos participantes terem uma especialização médica inicial diferente da medicina de família e comunidade, eles já manifestavam um conhecimento alinhado com os fundamentos da saúde da família, como foi

possível identificar nas questões relativas à gestão compartilhada dos casos, à integralidade e longitudinalidade do cuidado e à importância da visita domiciliar no desenvolvimento de um trabalho próximo da comunidade. Na verdade, a conversão do modelo evidenciou a potencialidade de alguns profissionais para trabalharem na lógica completa da MFC.

Ao ressaltar este aspecto, em torno da motivação favorável para adesão dos profissionais ao Converte APS, convém esclarecer que não se trata de uma assertiva da pesquisadora, mas de depoimentos dos próprios entrevistados. A intenção é, pois, contribuir para um debate que, muitas vezes, é tomado por atitudes pré-estabelecidas ou ilações impressionistas, formuladas com base em depoimentos mais candentes de participantes ou, até mesmo, de observadores alheios à experiência em curso.

Em relação à formação médica e ao trabalho progressivo dos profissionais entrevistados, notou-se que a maioria deles nunca trabalhou na ESF e nunca recebeu capacitação no assunto. Essa discussão é atual e se faz presente nos cursos de graduação e de residência médica, que já mapearam a necessidade de que a medicina comunitária faça parte da estrutura curricular da graduação. O cenário atual é favorável e, como já discutido nesta pesquisa, tanto os cursos de medicina quanto algumas residências médicas já utilizam a ESF como cenário de atuação alinhado às diretrizes do SUS, com foco no desenvolvimento de uma rede de atenção à saúde ordenada pela APS.

No estudo, devido ao maior número de especialistas pediatras que escolheram trabalhar com a medicina de família e comunidade a partir da conversão do modelo de APS, o cuidado à saúde da criança mostrou-se bem executado pelos profissionais; em contrapartida, evidenciou-se a dificuldade no manejo da atenção integral à saúde do idoso. A ESF constituiu-se em um espaço apropriado para a atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliar possibilitam atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo indivíduo.

Embora um achado não surpreendente em pesquisas dessa natureza, quase um terço do grupo de interesse não aceitou participar, ou simplesmente não retornou às consultas da pesquisadora. Contudo, uma recomendação é que vale a pena focar nesses profissionais, na tentativa de conhecer melhor suas expectativas e, talvez, oferecer-lhes outras opções após dois anos do processo de conversão da APS.

Apesar do aumento significativo do número de ESF no Distrito Federal advindos do Converte APS, o processo de constituição de novas equipes ainda se faz necessário com o objetivo de se obter uma cobertura de 100% da população. A expansão do número de equipes,

utilizando-se médicos advindos de outras especialidades para atuarem como MFC, após treinamento para tal função, pode ser uma alternativa viável para a APS do DF e do país, já que a oferta de vagas de residência médica em medicina de família e comunidade ainda é insuficiente para a demanda apresentada. Vale registrar que esta alternativa não representa uma recomendação, a partir das observações e análises desta pesquisa, mas tão somente um alerta sobre os cuidados a serem adotados ante tais orientações institucionais, seja na SESDF ou outros gestores do SUS.

A divulgação dos resultados dessa pesquisa, por meio de artigos científicos e outros mais de comunicação, é uma convicção desta pesquisadora, com vistas a difundir o debate sobre a indispensável expansão e qualificação da APS no DF e no país.

Algumas sugestões, a seguir listadas, podem ser úteis para a consolidação da ESF na SESDF, particularmente ao considerar prováveis reorientações a serem implantadas no mandato iniciado em janeiro de 2019 (ou seja, a revisão do Decreto que converte APS após dois anos da publicação das portarias 77 e 78, de 14 de fevereiro de 2017):

- Ampliar a oferta de oportunidades de formação profissional em APS, inclusive de especialização em medicina de família e comunidade, para os profissionais que já optaram pela mudança de carreira médica e para os que vierem a ingressar, com a continuidade e ampliação da APS no DF (essa recomendação inclui, portanto, o fortalecimento e aumento de vagas da residência em medicina de família e comunidade da SESDF);
- Manter a possibilidade de mudança de especialidade na SESDF, para médicos pediatras, clínicos e ginecologistas obstetras que tenham interesse em trabalhar na APS como MFC, associados à oferta de treinamento adequado para essa atuação, como forma de se expandir a cobertura da Atenção Primária no DF;
- Oferecer a possibilidade, para os médicos não adaptados na carreira de medicina de família e comunidade, de retorno à especialidade inicial na SESDF, conforme disponibilidade de vagas correspondentes nos serviços/unidades da rede.

Certamente outras medidas podem ser vislumbradas a partir de novas apreciações dos resultados desta pesquisa. Esta hipótese representa um compromisso da autora, como servidora do quadro permanente da SESDF, no sentido de colaborar com grupos de trabalho no âmbito da instituição, ou com colegas que venham a realizar estudos ou projetos acadêmicos relacionados ao objeto desta dissertação.

Uma apreciação final refere-se à limitação das recomendações e sugestões aqui apresentadas, pois as mesmas devem ser entendidas levando em conta o escopo da própria pesquisa. Embora este trabalho apresente uma apreciação situada no contexto do Plano Brasília Saudável, ou mais especificamente do seu componente Converte APS, seus objetivos restringiram-se, conforme consta no capítulo correspondente, às questões relativas aos médicos especialistas que aderiram à opção de especialização em saúde da família e comunidade no quadro da SESDF. Ademais, a abordagem de tais questões, conforme exposto na metodologia da pesquisa, fundou-se exclusivamente nas informações coletadas junto aos próprios médicos especialistas. Portanto, é imperioso reconhecer as limitações das conclusões aqui apresentadas. Por outro lado, este reconhecimento leva a uma recomendação final, no sentido de que novos estudos sejam realizados, ampliando e aprofundando a proposta ora apresentada, com vistas ao fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família como orientação permanente da política de saúde no Distrito Federal.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A reforma da Saúde no Distrito Federal. Gestão resolutiva e evidências de efetividade. Brasília, DF: [s.n.]; 2019. 127p.
2. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978 set 6-12; Alma-Ata, URSS. Alma-Ata: OMS; 1978.
3. Anais da 7. Conferência Nacional de Saúde; 1980 mar 24-28; Brasília, DF. Brasília: Ministério da Saúde; 1980. 280p.
4. Anais da 8. Conferência Nacional de Saúde; 1986 mar 17-21; Brasília, DF. Brasília: Ministério da Saúde; 1987. 430p.
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 set 1990.
6. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
7. Hildebrand SM. O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal: 1997-2006. Brasília. [Tese de Doutorado] – Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da UnB; 2008.
8. Göttems LBD, Evangelista MSN, Pires MRGM, Silva AFMS, Silva PAS. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. Cad. Saúde Pública. 2009 Jun; 25(6): 14091419. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600023>
9. Barbosa FS, Carvalho AG, Carlile HLA, Santana JFNP. Atenção à saúde e educação médica: uma experiência e uma proposição. Educ. méd. salud. 1977; 11(1): 26-40.
10. Santana JP, Castro JL, organizadores. Os Sanitaristas de Jucá e o agente de saúde: entrevista com Antonio Carlile Holanda Lavor e Miria Lavor. Natal, RN: Uma; 2017. 151p.
11. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. Programa Saúde da Família – Saúde Dentro de Casa. Brasília: Departamento de Operações; 1994.

12. Santana JP, coordenador. Aspectos institucionais do emprego e da atividade do médico na atenção à saúde da família no Distrito Federal: estudo de caso nos setores públicos e privado. Brasília: UnB/Ceam/Nesp/ObservaRH; 2010.
13. Brasil. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários da Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 22 dez 1997; Seção 1: 11.
14. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde; Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 22 set 2017; Seção 1: 68.
17. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
18. Göttems LBD. Análise da Política de Atenção Primária à Saúde Desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). Brasília. Tese [Doutorado em Administração] – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação da UnB; 2010.
19. Mello HB. Plano Geral da Rede Médico Hospitalar de Brasília. Rev. Fund. SESP. 1959; 11(1):121.
20. Santana JFNP. Estudo sobre atenção à saúde infantil no projeto Planaltina DF – 1978. [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 1980.
21. Barbosa FS. Programa Integrado de Saúde Comunitária: uma história de caso. Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; 1980.

22. Pinheiro APP. Programa Saúde da Família: uma conquista a ser protegida. Brasília1. Trabalho de Conclusão de Curso [Serviço Social] – Instituto de Ciências Humanas da Unb; 2011.
23. Costa Neto MM. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
24. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção a Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia da Saúde da Família. Plano de Reorganização da Atenção Primária no Distrito Federal: Estratégia de Apoio à Consolidação de Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF; 2009.
25. Distrito Federal. Lei Orgânica do Distrito Federal, de 8 de junho de 1993. Diário Oficial do Distrito Federal 9 jun 1993; Seção Suplemento; arts. 6º, 11.
26. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília Saudável: o fortalecimento da atenção primária à saúde no DF. Brasília: SES-DF; 2016. 29p.
27. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Conass; 2015.
28. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 17. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2001.
29. Campos GW. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciênc. Saúde Colet. 2007 Mar/Abr; 12(2): 301-306.
30. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström, T. Epidemiologia básica. 2. ed. São Paulo: Santos; 2010.
31. Zar JH. Biostatistical Analysis. 2. ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1984. 718p.
32. Scheffer M., coordenador. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018. 286 p.
33. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. Rev. bras. educ. med. 2016; 40(4):547-559.

34. Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação Profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. *Rev Bras Educ Méd.* 2010; 34(2): 207-215.
35. Rodrigues EF, Forster AC, Santos LL, Ferreira JBB, Falk JW, Fabbro ALD. Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. *Rev. bras. educ. med.* 2017; 41(4): 604-614.
36. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências [lei na internet]. *Diário Oficial da União* 22 out 2013 [acesso em 17 mar 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm.
37. Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, Oliveira JSA, Forte ECN, Melo TP, et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2017; 26(3): e2500016.
38. Damno HS, Moriyama MC, Picoli RP, Sartori BG, Asato SMM, Carvalho GC, et al. Perfil profissional dos médicos atuantes na estratégia de saúde da família no município de Campo Grande - MS. *Encontro, rev. psicol.* 2013; 16(25): 125-137.
39. Vasconcelos M, Grillo MJC, Soares SM. Unidade didática I: Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. *Tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade.* Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2009. 4 v.
40. Ferreira MEV, Schimith MD, Cáceres NC. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(5): 26112620.
41. Nóbrega-Therrien SM, Souza PMM, Pinheiro FMC, Castro VS. Formação para a Estratégia Saúde da Família na Graduação em Medicina. *Rev. bras. educ. med.* 2015; 39(1): 112-118.
42. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectiva e trabalho cotidiano. *Rev. bras. educ. med.* 2009 Set; 33(3): 382-392.
43. Careti CM, Furtado MCC, Barreto JC, Vicente JB, Lima PR. Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil. *Rev Rene* 2016 Jan/Fev; 17(1): 67-75.
44. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Pactuação interfederativa 2017-2021. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores. 2018. [acesso em 2 mar 2018]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wphttp://www.saude.df.gov.br/wp->

conteudo/uploads/2017/11/PACTUACAO-INTERFEDERATIVA-2017-2021.pdf
conteudo/uploads/2017/11/PACTUACAO-INTERFEDERATIVA-2017-2021.pdf.

45. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* 2014 Fev; 19(2): 429-438.
46. Pereira LP, Nery AA. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. *Esc. Anna Nery* 2014 Dez; 18(4): 635-643.
47. Oliveira JCA, Tavares DMS. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. *Rev. esc. enferm.* 2010 Set; 44(3): 774-781.
48. Marçal CRM. A saúde mental na atenção básica: uma saída para o sofrimento psíquico? Discussão a partir da inserção na assistência e gestão de uma unidade básica de Campinas, SP. Campinas. Monografia [Aprimoramento em Planejamento e Administração em Serviços de Saúde] – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas; 2007.
49. Moreira TNF, Martins CL, Feuerwerker LCM, Schraiber LB. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saude soc.* 2014 Set; 23(3): 814-827.
50. Coelho Neto GC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(1): e00170917.
51. Corrêa DSRC, Moura AGOM, Souza HM, Quito MV, Gottens LBD, Versiani LM, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: A conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet*, [periódico na internet], 2019 Abr. [acesso em 14 maio 2019]. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602031

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **O papel do médico especialista na conversão do modelo de atenção primária à saúde no Distrito Federal.**

O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de transferência dos médicos pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos para a nova especialidade de médico de família e comunidade, na reestruturação da atenção primária à saúde no Distrito Federal, no período de 2017 a 2018, com vistas ao fortalecimento desse modelo de atenção.

O interesse pelo plano de conversão do modelo de atenção primária à saúde no Distrito Federal se justifica pelo fato de ele ser uma proposta estruturante para toda a rede assistencial de saúde do Distrito Federal.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa; asseguramos-lhe que seu nome não será revelado, sendo mantido em mais rigoroso sigilo, pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo.

A sua participação na pesquisa será via preenchimento do questionário estruturado que lhe será entregue. O questionário não será identificado. Informamos que você poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para você. Os possíveis riscos à sua saúde física e mental são mínimos, por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos.

Os resultados obtidos serão divulgados para os participantes da pesquisa, para os responsáveis técnicos pelo programa da SESDF e para os estudiosos interessados pelo assunto, a fim de subsidiar as políticas de saúde para a melhoria da atenção primária à saúde.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entrar em contato com a pesquisadora responsável, Fernanda Vieira de Souza Canuto, pelo telefone: (61) 98193-0407, no horário de 8h a 18h, o pelo email: fernandavieirasouza2015@gmail.com.

Não existirão despesas e nem ressarcimentos pessoais aos participantes, como também nenhuma forma de indenização em qualquer fase do estudo e posterior a ele, já que a participação é voluntária. Dessa forma, concordo em participar do estudo e afirmo que estou ciente dos benefícios e dos possíveis riscos da minha participação.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos pelo telefone: (61) 3329-4607/4638 ou pelo e-mail: cepbrasil@fiocruz.br

Brasília, ____ de _____ de _____.

Participante do estudo

APÊNDICE B – Questionário de Pesquisa

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

O MÉDICO ESPECIALISTA E A CONVERSÃO DO MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

NÃO É NECESSÁRIA IDENTIFICAÇÃO

Este material não é um teste, portanto, não há respostas certas ou erradas para os itens apresentados. Solicitamos que responda todos os itens do instrumento e desde já agradecemos a colaboração!

NEXT

Never submit passwords through Google Forms.

This content is neither created nor endorsed by Google. [Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

Google Forms

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

* Required

1) DADOS PESSOAIS

1.1) Idade (em anos): *

Your answer

1.2) Sexo *

- Masculino
- Feminino

1.3) Estado civil: *

- Solteiro
- Casado
- Viúvo
- Divorciado
- Desquitado ou separado judicialmente
- União estável

1.4) Tempo que reside no Distrito Federal (em anos): *

Your answer

1.5) Local de residência no Distrito Federal: *

Choose

1.5.1 Outro no DF. Qual?

Your answer

1.5.2 Outro FORA do DF. Qual?

Your answer

BACK

NEXT

Never submit passwords through Google Forms.

This content is neither created nor endorsed by Google. [Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

Google Forms

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

* Required

2) DADOS PROFISSIONAIS

2.1) Tempo de formado em medicina (anos): *

Your answer

2.2) Instituição na qual se formou em medicina: *

Your answer

2.3) Qual a sua especialidade médica? *

Pediatria

Clínica médica

Ginecologia e obstetria

Outra? Qual?

Other:

2.4) Há quanto tempo atua nessa especialidade (indicada no item 2.3)? *

Your answer

2.5) Fez residência ou especialização médica na especialidade indicada no item 2.3? *

- Residência Médica credenciada pelo CNRM/MEC
- Especialização credenciada pela sociedade/associação médica.

2.6) Você já participou de alguma capacitação em Saúde da Família anteriormente a 2017, antes de aderir ao plano de conversão da APS no DF? *

- Sim
- Não

2.7) Se você respondeu sim em 2.6, assinale a carga horária do curso mais longo realizado nessa temática:

- Igual ou menor que 40hs
- De 41 a 179hs
- De 180 até 359hs
- Igual ou acima de 360hs

2.8) Você já trabalhou na Estratégia de Saúde da Família antes do processo de conversão da APS em 2017? *

- Sim
- Não

2.9) Por quanto tempo?

- Alguns meses
- De 1 a 2 anos
- De 2 a 5 anos
- Mais de 5 anos

BACK

NEXT

Never submit passwords through Google Forms.

This content is neither created nor endorsed by Google. Report Abuse - Terms of Service - Additional Terms

Google Forms

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

* Required

3) DADOS FUNCIONAIS

3.1) Há quanto tempo você é médico da SESDF? *

- De 1 a 5 anos
- De 5 a 10 anos
- De 10 a 15 anos
- De 15 a 20 anos
- Mais de 20 anos

3.2) Há quanto tempo trabalha na Atenção Primária a Saúde na SESDF? *

- De 1 a 5 anos
- De 5 a 10 anos
- De 10 a 15 anos
- De 15 a 20 anos
- Mais de 20 anos

3.3) Em que região de saúde você trabalhava no momento da conversão do modelo da atenção primária no DF em 2017: *

- Região de Saúde Norte
- Região de Saúde Centro Norte
- Região de Saúde Centro Sul
- Região de Saúde Sul
- Região de Saúde Oeste
- Região de Saúde Sudoeste
- Região de Saúde Leste

3.4) Atualmente, você trabalha na Atenção primária à Saúde de que Região de Saúde do Distrito Federal? *

- Região de Saúde Norte
- Região de Saúde Centro Norte
- Região de Saúde Centro Sul
- Região de Saúde Sul
- Região de Saúde Oeste
- Região de Saúde Sudoeste
- Região de Saúde Leste

BACK

NEXT

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

* Required

4) DADOS SOBRE O "CONVERTE APS"

4.1) Qual o motivo principal que o levou a optar pela função de médico de família e comunidade na SESDF, ao ser implantado a reestruturação da APS em 2017? *

- Permanecer na localidade de trabalho
- Permanecer em atividades de trabalho na atenção primária à saúde
- Preservar as gratificações salariais relativas à atuação na atenção primária à saúde
- Desinteresse em transferência para outros setores e locais da rede de serviços

4.2) Marque o grau de concordância com as afirmativas seguintes, de acordo com a orientação abaixo: *

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não discordo, nem concordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
a) Uma das funções do médico de família e comunidade é a promoção da saúde mediante ações desenvolvidas na comunidade, além do atendimento em consultório médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Uma das medidas para aumentar a resolubilidade da Estratégia de Saúde da família seria garantir o acesso ao usuário ampliando o número de equipes de saúde da família no Distrito Federal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) A proposta contida no Plano de Conversão da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal garantirá a reorientação do modelo de atenção à saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

d) Após o Plano de Conversão, a Atenção Primária à Saúde cumprirá o papel de ser a "porta de entrada" no sistema de saúde.

e) Uma das medidas para aumentar a resolubilidade da Estratégia de Saúde da Família seria investir na formação adequada e na capacitação continuada dos profissionais que a compõem.

f) A oferta atual de oportunidades para a capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde pela SESDF é suficiente para atender à demanda da população.

g) A capacitação teórica/prática oferecida pelo Plano de Conversão da Atenção Primária à Saúde facilitou sua atuação na função de médico de família e comunidade.

h) A visita domiciliar deve ser de responsabilidade compartilhada entre todos os membros da equipe de saúde da família, inclusive os médicos.

i) Sua competência profissional para realizar uma visita domiciliar é satisfatória.

j) Você utiliza de forma rotineira em sua prática diária o uso de protocolos, guias, listas e instrumentos relativos à gestão da clínica na Estratégia de Saúde da Família.

k) Você utiliza de forma rotineira os sistemas de informação e os instrumentos de planejamento e programação disponíveis na Atenção Primária à Saúde.

l) Compete ao médico da equipe de saúde da família realizar a vigilância epidemiológica do território.

m) Compete ao médico da equipe de saúde da família abordar as vulnerabilidades sociais do território.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n) Compete ao médico da equipe de saúde da família fazer a gestão compartilhada dos casos mais complexos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o) Durante a prática como médico de família e comunidade você deve ter conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem nos serviços especializados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. 3) Informe seu grau de adaptação em relação ao atendimento à população nas seguintes situações, de acordo com a orientação abaixo: *

	Não adaptado	Pouco adaptado	Não sei informar	Parcialmente adaptado	Muito adaptado
a) Atenção no cuidado a pacientes de todas as idades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Avaliação do recém-nascido na primeira consulta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Manejo em amamentação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

d) Introdução de alimentação complementar saudável.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Avaliação do crescimento e desenvolvimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Avaliação do calendário vacinal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Acompanhamento do desenvolvimento da puberdade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Manejo das queixas ginecológicas das adolescentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Aconselhamento sobre o planejamento familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Realização de consultas de pré-natal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k) Apoiar a paternidade ativa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l) Realização do exame preventivo da mulher (Papanicolau).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m) Realização de exame clínico das mamas em mulheres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n) Manejo de climatério.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o) Manejo de doenças sexualmente transmissíveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

p) Rastreamento do câncer de próstata.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q) Atenção à saúde do trabalhador.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r) Avaliação da funcionalidade dos idosos (capacidade de realização das atividades de vida diária).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s) Avaliação integral do idoso (aspectos físicos, psíquicos e sociais).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t) Orientações de promoção da saúde e envelhecimento ativo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u) Aconselhar sobre prevenção de quedas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
v) Aconselhamento sobre como parar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
w) Realização de pequenos procedimentos cirúrgicos como remoção de unha encravada, sutura de um corte que necessite de pontos e remoção de verrugas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
x) Abordagem de problemas de saúde mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

y) Aconselhamento e tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).

z) Aconselhamento e solicitação de teste anti HIV.

aa) Aconselhamento sobre a prevenção de acidentes.

ab) Abordagem sobre situações de violência nas famílias.

BACK

SUBMIT

Never submit passwords through Google Forms.

This content is neither created nor endorsed by Google. [Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

Google Forms

ANEXO A – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O MÉDICO ESPECIALISTA E A CONVERSÃO DO MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 93796516.7.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.834.313

Apresentação do Projeto:

O objeto desse estudo é o processo vivenciado pelos médicos especialistas que atuavam na atenção primária à saúde (APS) durante o plano de conversão do modelo de atenção primária no Distrito Federal (DF) no período de 2017 a 2018. O interesse pelo plano de conversão do modelo de atenção primária à saúde no Distrito Federal, se justifica pelo fato dele ser uma proposta estruturante para toda a rede assistencial de saúde do Distrito Federal. A incorporação dos médicos especialistas clínicos, pediatras e ginecologistas/obstetras no quadro de médicos de família e comunidade da SESDF pode significar um ganho para a atenção básica, principalmente se eles estiverem adaptados aos processos de trabalho da ESF e desempenhando suas funções de modo efetivo.

Estudar essa situação é necessário para que sejam oferecidos instrumentos para a organização, qualificação e avaliação permanente da atenção primária no DF. Dessa forma, a hipótese a ser testada pode ser assim enunciada: os médicos pediatras,

ginecologistas/obstetras e clínicos, que trabalhavam em centros de saúde tradicionais na atenção primária à saúde, antes do plano de conversão, se adaptaram à nova função de médicos de família e comunidade na APS do Distrito Federal. A população de interesse desse estudo será composta pelos 110 médicos componentes das novas equipes de saúde da família, que atuavam como médicos especialistas na APS e que, após a reestruturação da APS, passaram a desempenhar a função de médicos de família e comunidade na SESDF. O desenho de estudo delineado refere-se a

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 2.834.313

um estudo quantitativo, observacional, analítico e transversal. A amostra do estudo será composta por dois grupos de participantes. O primeiro grupo será formado por 86 médicos que atuavam na atenção básica como especialistas pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos gerais, antes do plano de conversão da APS, e que mudaram para a especialidade de médico de família e comunidade, de acordo com a Portaria Nº 180, de 26 de fevereiro de 2018, após a reestruturação dos serviços primários de saúde no DF no ano de 2018. Em seguida, será realizada uma amostragem aleatória simples para seleção de todos os médicos que participarão do estudo. Em momento posterior, será feito o contato, via telefone, com os participantes selecionados nos dois grupos. O estudo em questão, o questionário investigativo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE serão apresentados nesse momento, e enviados por email para os participantes que derem o aceite. Após essa etapa, o questionário investigativo, construído no programa Google Form, será enviado para cada participante, que aceitar participar do estudo, por meio do aplicativo Whatsapp do telefone celular. Após o preenchimento do questionário, os participantes o encaminharão para a pesquisadora por meio do mesmo aplicativo citado acima, para consolidação das informações colhidas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o processo de transferência dos médicos pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos, para a função de médico de família e comunidade, na reestruturação da atenção primária à saúde no Distrito Federal, no período de 2017 a 2018, com vistas ao fortalecimento deste modelo de atenção. **Objetivo Secundário:** 1) Revisar a organização da atenção básica no Distrito Federal, anterior ao plano de conversão da atenção primária à saúde. 2) Analisar a apreensão dos médicos especialistas pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos gerais sobre suas atribuições na nova função de médicos de família e comunidade. 3) Elaborar recomendações para o fortalecimento das práticas dos profissionais médicos da atenção primária à saúde no Distrito Federal, focalizando esses profissionais advindos de outras especialidades.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os possíveis riscos à saúde física e mental são mínimos, por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos. **Benefícios:** Os resultados obtidos serão divulgados para os participantes da pesquisa, para os responsáveis técnicos pelo programa da SESDF e para os estudiosos interessados pelo assunto, a fim de subsidiar as políticas de saúde para a melhoria da atenção primária a saúde.

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 2.834.313

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Contexto de pesquisa relevante, materiais e métodos parecem adequados para a consecução dos objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presença de todos os termos, conforme protocolos e legislação vigente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após sanar as pendências apresentadas pelo CEP, o Comitê julgou pela APROVAÇÃO do projeto para realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ Brasília, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1173285.pdf	19/08/2018 15:05:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFINALPOSPARECER.pdf	19/08/2018 15:03:23	FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFINAL.pdf	19/08/2018 14:55:51	FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	09/07/2018 20:42:23	FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO	Aceito
Outros	termo_coparticipacao.pdf	09/07/2018 20:39:03	FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	09/07/2018 20:37:16	FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Pesquisador.pdf	09/07/2018 20:34:01	FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Institucional.pdf	09/07/2018 20:32:18	FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO	Aceito

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 2.834.313

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/07/2018 20:27:54	FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO	Aceito
------------	----------------	------------------------	------------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 21 de Agosto de 2018

Assinado por:

BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador)

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

ANEXO B – Portarias que Normatizaram o Processo de Reestruturação da APS no Distrito Federal nos Anos de 2017 e 2018

O Converte APS foi fundamentado em documentos oficiais publicados no Diário Oficial do Distrito Federal (DODF) nos anos de 2017 e 2018. Com o objetivo de compilar e registrar os documentos importantes desse momento, seguem neste Anexo as portarias que normatizaram o processo da conversão.

Portarias Nº 77 e 78, de 14 de fevereiro 2017

PÁGINA 4

Diário Oficial do Distrito Federal

Nº 33, quarta-feira, 15 de fevereiro de 2017

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PORTARIA Nº 77, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017

Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no exercício das atribuições que lhe conferem o art. 105 da Lei Orgânica do Distrito Federal, o Decreto nº 23.212 de 6 de setembro de 2002, bem como o art. 448 do Regimento Interno da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013; Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e das outras providências; Considerando o Decreto nº 7.508, da Presidência da República, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e das outras providências; Considerando a Portaria nº 2.488, do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Considerando a Portaria nº 1.412, do Ministério da Saúde, de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); Considerando a Portaria nº 4.279, do Ministério da Saúde, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a Portaria nº 971, do Ministério da Saúde, de 01 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNI/C) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a Portaria nº 687, do Ministério da Saúde, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Proteção da Saúde; Considerando a Lei nº 4.990, de 12 de dezembro de 2012, do Distrito Federal que regula o acesso a informações no Distrito Federal previsto no art. 3º, XXXIII, no art. 37, § 3º, II, e no art. 216, § 2º, da Constituição Federal e nos termos do art. 45, da Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, e das outras providências; Considerando a Portaria nº 1.378, do Ministério da Saúde, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; Considerando a Portaria nº 344, do Ministério da Saúde, de 12 de maio de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial; Considerando a Portaria nº 1.082, do Ministério da Saúde, de 23 de maio de 2014, que redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, e estabelece novos critérios e fluxos para admissão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade; Considerando a Portaria Interministerial nº 1.777, do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, de 9 de setembro de 2013, que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; Considerando a Portaria nº 3.065, do Ministério da Saúde, de 2 de dezembro de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta; Considerando a Portaria nº 825, do Ministério da Saúde, de 25 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas; Considerando a Portaria nº 3.124, do Ministério da Saúde, de 25 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família com Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e das outras providências; Considerando a Portaria nº 703, do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011, ratificada no Diário Oficial do Distrito Federal de 22 de dezembro de 2011 e republicada no DOU de 15 de dezembro de 2012, que estabelece normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que dão suporte da Estratégia de Saúde da Família (ESF); Considerando a Portaria nº 1.600, do Ministério da Saúde, de 7 de julho de 2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a Portaria nº 2.684, de 8 de novembro de 2013, que redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde; Considerando a Portaria nº 250, do Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal, de 17 de dezembro de 2016, que dispõe sobre normas técnicas e administrativas, relacionadas à prescrição e fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde da Assistência Farmacêutica Básica, no âmbito da SES-DF; Considerando o aprovado pela 15ª Conferência Nacional de Saúde; Considerando a Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal nº 465/2016 homologada em 04 de outubro de 2016 e publicada no DODF de 24/10/2016, p.8; Considerando a necessidade de redefinir normas e diretrizes visando maior homogeneidade na organização e estruturação da Atenção Primária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, resolve:

Capítulo I

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 1º A Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, fundamentada na Estratégia Saúde da Família (ESF), passa a ser regida por esta Portaria.

Art. 2º A Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada atenção básica à saúde, é o conjunto de ações de saúde individualizadas e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância à saúde, desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias realizadas em equipe e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade.

§ 1º A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada e de contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e tem como funções prioritárias a resolução da maioria dos problemas de saúde da população, a organização dos fluxos e contrafluxos entre os diversos pontos de atenção à saúde e a responsabilização pela saúde dos usuários em quaisquer dos pontos de atenção em que se encontram.

§ 2º A Atenção Primária à Saúde deve ser oferecida a todas as pessoas de acordo com suas necessidades, proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, etnia, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual ou funcional, com estratégias que permitam minimizar desigualdades e evitar exclusão social de grupos que sofrem estigmatização ou discriminação.

Art. 3º São princípios da Atenção Primária à Saúde:

- I - Acesso: os serviços de Atenção Primária devem ser estruturados física e organizacionalmente para serem conhecidos da população e percebidos pelos usuários como facilmente disponíveis para todos que deles necessitem, de forma a estimular sua utilização como primeiro e principal contato com o sistema de saúde;
- II - Longitudinalidade: a Atenção Primária deve continuamente acompanhar os ciclos de cuidado ao longo da vida das pessoas e de suas famílias, fortalecendo o vínculo entre a população e sua equipe, e exercendo vigilância sobre fatores que possam influenciar as condições de saúde, de forma a reduzir o número de agravos e estabelecer condutas personalizadas no exercício da assistência;
- III - Integralidade: os usuários devem receber todos os tipos de atenção no sistema de saúde, a maioria dos quais deve ser oferecida pela própria Atenção Primária, que também é responsável pelo encaminhamento e acompanhamento corresponsável no caso de necessidade de assistência em outros níveis de atenção;
- IV - Coesão do Cuidado: as equipes de Atenção Primária são responsáveis pelo direcionamento e acompanhamento dos usuários em todos os níveis de atenção à saúde;
- V - Centralização na Família: necessidade de conhecimento pelo equipe de saúde dos membros da família e de seus problemas, propiciando intervenções personalizadas partindo do compromisso da estrutura familiar;
- VI - Orientação Comunitária: a Atenção Primária deve ser direcionada para as relações entre os indivíduos e o ambiente em que se inserem, como determinantes do seu processo de saúde-doença, que devem ser levadas em consideração na definição de condutas individualizadas em harmonia com a realidade social e de intervenções realizadas na população atendida.

Art. 4º Saúde da Família é a estratégia de orientação do modelo de Atenção Primária à saúde baseada em equipes multiprofissionais de composição mínima pré-estabelecida, que atuam em unidades básicas de saúde e são responsáveis por uma população definida, localizada em uma área geográfica delimitada, proporcionando atenção integral com fortalecimento do vínculo, foco na pessoa e alta resolutividade.

Art. 5º A Estratégia Saúde da Família será realizada com base nas seguintes diretrizes:

- I - Acolhimento: ato de receber e escutar as pessoas que procuram as unidades de saúde, como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, devendo ocorrer sempre, em qualquer contato do cidadão com a unidade de saúde, independentemente do motivo da busca pelo serviço;
- II - Classificação de Risco: processo de priorização dos atendimentos por meio da avaliação da gravidade de uma situação apresentada, utilizando critérios clínicos e de vulnerabilidade;
- III - Resolutividade: as equipes são responsáveis por resolver 85% ou mais das demandas de saúde da população dentro da Atenção Primária, buscando capacitar-se continuamente e buscar instrumentos para exercer as competências indispensáveis para atender sua população de forma integral, em função de seu perfil social e epidemiológico, e direcionando os pacientes a outros níveis de atenção à saúde somente quando estritamente necessário;
- IV - Terminição: metodologia utilizada para definir a abrangência de atuação dos serviços para adequar o modelo assistencial ao perfil populacional, com base no reconhecimento do território, considerando as relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde;
- V - Adesão da população: cada equipe deve promover o cadastramento e o acompanhamento da população sob sua responsabilidade, por meio de ações na unidade de saúde, na comunidade ou em visitas domiciliares, utilizando as informações para o planejamento de seu trabalho e para o desencadear de ações de outros níveis de atenção;
- VI - Garantia de acesso: a organização do trabalho das equipes deve ser feita de modo a garantir aos usuários o atendimento de suas demandas por saúde, inclusive os agudos, do modo e no tempo adequados às suas necessidades, por demanda espontânea ou mediante agendamento, garantido o acolhimento em qualquer hipótese mesmo para a população não aderida, que deve, no mínimo, ser enviada, orientada e, se for o caso, direcionada à unidade responsável pelo atendimento;
- VII - Organização da rede de saúde: as equipes devem conhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, cabendo-lhes ordenar a demanda em relação aos outros pontos de atenção à saúde, organizando os fluxos de atenção no do cuidado e contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Capítulo II

DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Seção I

Das Equipes

Art. 6º A Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal será organizada nas seguintes modalidades de serviço:

- I - Equipe de Saúde da Família (eSF): equipe de saúde responsável por um território determinado de até 4000 pessoas, composta por um Médico de Família e Comunidade (40 horas), um enfermeiro (40 horas), 40 a 80 horas de técnicos de enfermagem (no mínimo um profissional de 40 horas) e até seis agentes comunitários de saúde;
- II - Equipe de Saúde Básica (eSB): equipe de saúde responsável por um território equivalente ao máximo de duas equipes de saúde da família, composta por um odontólogo (40 horas) e um técnico em saúde bucal (40 horas);
- III - Equipe de Saúde da Família Rural (eSF/Rural): equipe de saúde da família responsável pelo atendimento integral à população do campo e da Floresta de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta;
- IV - Equipe de Consultório na Rua (eCR) - equipe de saúde com composição variável, conforme definição do Ministério da Saúde, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel;
- V - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): equipe de saúde multiprofissional com composição variável, conforme definição do Ministério da Saúde, que tem por objetivo apoiar as equipes de saúde da família, aumentando sua resolutividade e abrangência, por meio de treinamento, discussão de casos clínicos, atendimento compartilhado e construção conjunta de projetos terapêuticos;
- VI - Equipes de Saúde de Atenção Domiciliar: modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações prestadas em domicílio, por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e por Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), com composição variável, conforme definição do Ministério da Saúde;
- VII - Equipe de Saúde do Sistema Prisional: equipe de saúde que atua em unidade de saúde do sistema prisional do Distrito Federal;
- VIII - Equipe do Sistema Socioeducativo: equipe de saúde que atua em unidades socioeducativas de internação, em parceria com a Secretaria de Estado de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/estadocid/brasil>, pelo código 50012017021500004.

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

IX - Equipe de Saúde dos Centros de Referência de Práticas Integrativas em Saúde (CER-PIIS): equipe multiprofissional que atua na promoção das Práticas Integrativas em Saúde (PIS) nos diferentes níveis do sistema de saúde, prioritariamente na Atenção Primária, vinculada aos NASF ou Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência na sua área de abrangência.

X - Equipe do Programa Academia da Saúde: equipe multiprofissional voltada para as atividades de Promoção da Saúde e da Educação Popular em Saúde no SUS, vinculadas ao NASF ou UBS de referência na sua área de abrangência.

Seção II

Das Unidades Básicas de Saúde

Art. 7º Todos os estabelecimentos de saúde da Atenção Primária serão denominados Unidade Básica de Saúde (UBS), assim classificadas:

I - Unidade Básica de Saúde tipo 1 (UBS 1): unidades com uma a três equipes de Saúde da Família;

II - Unidade Básica de Saúde tipo 2 (UBS 2): unidades com mais de três equipes de Saúde da Família;

III - Unidade Básica de Saúde Rural (UBS Rural): unidades localizadas em território classificado pelo Plano de Diretor de Ordenamento Territorial do Distrito Federal (PDOT) como rural, que desenvolvem atividades de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF);

IV - Unidade Básica de Práticas Integrativas e Promoção da Saúde (UBS PIS): São unidades voltadas para a atenção, ensino, pesquisa e mestrado em PIS, para as demais equipes da Atenção Primária em saúde e ações de promoção da saúde integradas com outros níveis de atenção, podendo ser referência para uma ou mais regiões de saúde;

V - Unidade Básica de Saúde Escola (UBS ESCOLAR) são unidades voltadas para a atenção à saúde, ensino, pesquisa e proctoria para estudantes de nível técnico, superior, pós-graduação imersão lato e stricto sensu, aperfeiçoamento de servidores e o desenvolvimento e inovação tecnológica e científica na APS, de acordo com regulamentação específica;

VI - Unidade Básica de Saúde Prisional (UBS Prisional) - São UBS que desenvolvem atividades de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, em parceria com a Secretaria de Estado de Segurança Pública e da Paz Social do Distrito Federal.

Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de ensino em serviço e inovação tecnológica.

Art. 8º As Unidades Básicas de Saúde tipo 2 funcionarão das 7 (sete) às 19 (dezenove) horas, de segunda a sexta-feira, e sábado, de 7 (sete) horas às 12 (doze), exceto nos feriados, e as demais UBS, das 7 (sete) às 17 (dezoisete) horas, de segunda a sexta-feira.

§ 1º O horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde Prisional deverá levar em consideração os horários de chegada e saída do transporte disponibilizado pela Secretaria de Estado da Segurança Pública.

§ 2º As UBS poderão ter seu horário de funcionamento ampliado até às 22 (vinte e duas) horas, de acordo com a necessidade do serviço, desde que autorizado, por escrito, pelo Superintendente da Região de Saúde ou cargo equivalente.

§ 3º As UBS poderão funcionar em horários diferentes do previsto nesta Portaria, de acordo com suas especificidades e necessidades da população coberta, mediante autorização prévia e por escrito do Superintendente da Região de Saúde, emitida pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Seção III

Do Gestão da Atenção Primária

Art. 9º Compete à Coordenação de Atenção Primária (COAPS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES):

I - pactuar, em conjunto com o Colegiado Gestor da Atenção Primária à Saúde, estratégias e diretrizes para a implementação da Política de Atenção Primária no Distrito Federal, respeitadas as normas, diretrizes e princípios desta Portaria e da Política Nacional da Atenção Básica;

II - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como estratégia prioritária de organização da Atenção Primária;

III - apoiar institucionalmente as Regiões de Saúde no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Primária e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

IV - definir estratégias de articulação com as ações regionais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Primária;

V - consolidar e divulgar os relatórios mensais de indicadores da Atenção Primária, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

VI - participar da regulamentação da referência e da contra-referência de usuários entre a Atenção Primária e outros níveis de atenção, contribuindo para a formação de Redes de Atenção à Saúde endossadas pela Atenção Primária;

VII - articular e realizar parcerias com outras Secretarias de Estado do Distrito Federal e de outros Estados e Municípios, bem como com instituições de ensino e pesquisa; e

VIII - elaborar e implementar projetos de educação permanente, com participação da FE-PTCS e das Subsecretarias responsáveis para formação e atualização profissional em parceria com instituições de ensino e pesquisa;

Art. 10 Compete às Regiões de Saúde, por meio dos respectivos Superintendentes e Diretores de Atenção Primária (DIRAPS) ou seus equivalentes:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações da Atenção Primária, a partir de lógica centrada no usuário, buscando promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, com base nos princípios do SUS;

II - programar as ações da Atenção Primária a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, de forma resolutiva, responsável e integrada, com escuta qualificada e humanizada e respostas adequadas em tempo oportuno;

III - organizar o fluxo de usuários, inserindo-os em linhas de cuidado, oferecendo resposta positiva, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população;

IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes da Atenção Primária de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado;

V - cadastrar e atualizar mensalmente o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, com os dados de estabelecimentos de saúde, equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros, conforme sua regulamentação específica;

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Primária atue como a principal porta de entrada e ordadora da Rede de Atenção à Saúde;

VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social;

VIII - estimular a articulação das ações de gestão e dos profissionais da UBS para promover parcerias com instituições, setores e pessoas com o objetivo de ampliar as ações de promoção e prevenção de agravos à saúde, participando de redes de apoio.

Art. 11. São competências comuns à COAPS e às Regiões de Saúde:

I - planejar e executar a expansão da Estratégia Saúde da Família e a qualificação dos serviços da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal;

II - promover o intercâmbio de experiências entre os serviços de saúde intra e inter-regionais, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Primária à Saúde;

III - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde;

IV - valorizar os profissionais de saúde, estimulando e viabilizando a formação e educação permanente das equipes;

V - estimular a participação popular e o controle social;

VI - estabelecer mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas na APS, de forma ascendente e alinhadas com as ações estabelecidas pela Subsecretaria de Planejamento em Saúde (Soplans).

Art. 12. Compete à Gerência de Serviços da Atenção Primária à Saúde (GSAP) do território:

I - diligenciar pelo adequado funcionamento da unidade, em conformidade com a política de Atenção Primária estabelecida nesta Portaria;

II - supervisionar a conformação das escalas das equipes, de forma a garantir assistência integral à população durante todo o horário de funcionamento da unidade e em condições promovidas pela Secretaria de Estado de Saúde, respeitadas as normas e diretrizes estabelecidas nesta Portaria e nas orientações da respectiva DIRAPS;

III - otimizar o aproveitamento do espaço físico da unidade;

IV - tomar as providências necessárias para garantir o abastecimento de medicamentos, insumos e materiais, bem como a manutenção de estruturas, equipamentos e sistemas necessários ao trabalho das equipes;

V - monitorar os encaminhamentos e outros níveis de atenção realizados em sua unidade e tomar providências para que todas as equipes apresentem níveis de produtividade superiores a 85%;

VI - exigir informações das equipes para manter atualizados os dados de produtividade e os indicadores previstos nesta Portaria, relativos à unidade e às equipes, consolidados mensalmente, encaminhando os dados à DIRAPS para consolidação de todos as unidades;

VII - apresentar aos servidores da unidade e à comunidade, até trinta dias após o final do semestre, os relatórios de produtividade e os indicadores previstos nos anexos desta Portaria, relativos a sua unidade, de forma global e por equipe;

VIII - tomar as medidas administrativas cabíveis em caso de violações éticas, funcionais ou descumprimento das normas administrativas por servidores sob sua gestão, bem como sobre registrar por escrito acontecimentos relevantes em seu território, dando ciência à DIRAPS;

IX - fornecer à DIRAPS, à Superintendência da Região ou à COAPS quaisquer informações que lhe sejam solicitadas;

X - resolver questões administrativas da unidade, nos limites de sua competência.

Parágrafo único. A participação popular deve ser estimulada pelo gestor da Atenção Primária, sendo recomendável que toda Gerência de UBS faça interface com um Conselho Regional de Saúde ou com estrutura que represente legitimamente a população do território.

Capítulo III DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Seção I

Da Territorialização

Art. 13. A territorialização deverá ser realizada por todas as Unidades Básicas de Saúde, supervisionada e pactuada com a Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde, com análise da Superintendência da Região de Saúde.

Parágrafo único. O usuário deverá ser cadastrado na UBS de referência, segundo sua área de residência.

Art. 14. A partir da territorialização da Região de Saúde e da definição do território de responsabilidade por UBS e por equipe, deverá ser realizado o diagnóstico da situação de saúde da população, identificando as fragilidades e potencialidades locais, para o planejamento consistente com as necessidades da população.

§ 1º Entendendo-se que o território é dinâmico e está em permanente transformação, deve-se promover a atualização periódica das informações e diagnóstico de saúde da população.

§ 2º O mapa da área de abrangência deverá estar atualizado, ser do conhecimento de todos os profissionais e estar disponível aos usuários.

Seção II

Do Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde

Art. 15. O planejamento das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada no âmbito da Região, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção Saúde de acordo com a necessidade da população, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

Parágrafo único. O planejamento, o monitoramento e a avaliação deverão ser integrados entre todos os níveis de gestão do SES.

Art. 16. As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco listado na Carteira de Serviços prestados na APS, os indicadores descritos pela COAPS, bem como os parâmetros estabelecidos pelas superintendências nas Regiões de Saúde.

Art. 17. O monitoramento deverá ser realizado a partir da análise da produção das equipes e dos indicadores, periodicamente, sob responsabilidade do Gerente de Serviços da Atenção Primária, sendo responsável de cada profissional o registro de sua produção.

§ 1º Todos as equipes da Atenção Primária deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores derivados pela COAPS, alimentando o sistema de informação em tempo real, que deve abranger, no mínimo, os seguintes indicadores:

I - Número de pessoas cadastradas no território;

II - Percentual da carteira de serviços da APS aprovada pela SES oferecido pela equipe;

III - Número de vagas para atendimento médico individual e número de vagas para atendimento odontológico individual na unidade, oferecidos na agenda nos últimos 30 dias;

IV - Número de vagas para atendimento de enfermagem individual na unidade oferecidos na agenda nos últimos 30 dias;

V - Número médio de consultas médicas e número médio de consultas odontológicas, realizadas por dia nos últimos 30 dias;

VI - Número médio de consultas de enfermagem realizadas por dia nos últimos 30 dias;

VII - Percentual de consultas médicas e percentual de consultas odontológicas de pacientes atendidos mediante demanda espontânea nos últimos 30 dias;

VIII - Percentual de consultas médicas e percentual de consultas odontológicas para pacientes pertencentes ao próprio território nos últimos 30 dias;
 IX - Razão entre encaminhamentos e consultas médicas realizadas nos últimos 30 dias;
 X - Razão entre famílias visitadas e famílias cadastradas, nos últimos 30 dias;
 XI - Percentual de primeiras consultas de pré-natal realizadas no primeiro trimestre de gestação nos últimos 30 dias;
 XII - Percentual de mulheres de 25 a 59 anos com ao menos uma coleta de exame citopatológico nos últimos dois anos;
 XIII - Percentual de mulheres com mais de 50 anos com ao menos uma mamografia realizada nos últimos dois anos;
 XIV - Percentual de hipertensos cadastrados que tiveram seu pressão arterial aferida nos últimos seis meses;
 XV - Percentual de diabéticos cadastrados que tiveram pelo menos um exame de hemoglobina glicada realizado nos últimos seis meses;
 XVI - Percentual de crianças de até cinco anos que tiveram seu cartão de vacinação verificado pelo menos uma vez no último ano;
 XVII - Percentual de crianças de até seis meses que tiveram pelo menos uma consulta nos últimos 30 dias;
 XVIII - Percentual de crianças de seis meses a um ano que tiveram pelo menos uma consulta nos últimos 3 meses;
 XIX - Percentual de crianças de 1 a 2 anos que tiveram pelo menos uma consulta nos últimos seis meses;
 XX - Percentual de crianças de 2 a 5 anos que tiveram pelo menos uma consulta no último ano;

XXI - Percentual de absenteeismos de pacientes nas consultas ou procedimentos agendados;
 XXII - Percentual de absenteeismos das horas disponíveis da equipe, organizado por categoria profissional;
 § 3º As GSAPs deverão consolidar mensalmente as informações das equipes, avaliar, divulgar e enviar à DIRAPS até o dia 15 do mês subsequente, as informações relativas ao desempenho dos indicadores definidos pela COAPS, que devem abranger, além do consolidado dos previstos no § 1º, no mínimo os seguintes indicadores:

I - Percentual de serviços da Carteira de Serviços da APS aprovada pela SES que são oferecidos na unidade;
 II - Número total de pacientes acolhidos no mês;
 III - Percentual de pacientes fora de território acolhidos no mês;
 IV - Número total de pacientes com risco classificado no mês;
 V - Percentual de pacientes fora de território atendidos no mês;
 VI - Percentual de consultas médicas realizadas com o próprio médico de família no mês;
 VII - Número total de pacientes vacinados no mês;
 VIII - Percentual de pacientes fora do território vacinados no mês;
 IX - Intervalo médio entre a demanda espontânea por consulta ou procedimento e a data agendada;

Art. 18. A avaliação deve ser um processo sistemático para verificar trajetórias definidas, indicando, se necessário, mudanças de conduta para atingir resultados esperados.

Art. 19. As equipes de APS deverão alimentar e atualizar sistematicamente os sistemas de informação indicados pela SES, com registro das ações realizadas, por meio de preenchimento manual ou digital das informações.

Art. 20. Os dados deverão ser analisados e divulgados pelas equipes regularmente, com o fim de subsidiar o planejamento e a tomada de decisão para novas ações em saúde.

Seção III

Do Acesso

Art. 21. A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada preferencial às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde, sendo responsável pela coordenação do cuidado e pela orientação da rede em relação aos demais níveis assistenciais.

Art. 22. A Carteira de Serviços da UBS deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização da SES.

Art. 23. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada dos usuários, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas pela SES.

Art. 24. Caberá a cada gestor de serviços da Atenção Primária realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias com o apoio da Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde do Região de Saúde para ampliar acesso, qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua unidade.

Art. 25. As unidades devem organizar o serviço de modo a otimizar os processos de trabalho no intuito de ampliar o acesso do usuário aos serviços prestados, bem como o acesso aos demais níveis de atenção da estrutura da SES.

Art. 26. A GSAP deverá atuar em local visível, próximo à entrada da unidade:

I - Identificação do usuário e horário de atendimento;
 II - Mapa de abrangência da unidade, com a cobertura de cada equipe;
 III - Identificação do Gerente da GSAP e dos componentes de cada equipe da UBS;
 IV - Carteira de serviços disponíveis na unidade;

V - Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe;
 VI - Telefone da ouvidoria responsável.

Parágrafo único. Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos.

Seção IV

Do Acolhimento e Classificação de Risco

Art. 27. O acolhimento ao usuário deverá ocorrer durante todo o período de funcionamento da UBS, por qualquer trabalhador da unidade.

§ 1º Os profissionais de saúde deverão realizar o acolhimento do usuário, com escuta ampliada e qualificada, que inclui reconhecer riscos e vulnerabilidades buscando facilitar o acesso, realizar ou acionar intervenções necessárias conforme protocolos clínicos vigentes.

§ 2º A equipe deverá definir o modo como os diferentes profissionais participam do acolhimento.

§ 3º Os Agentes Comunitários de Saúde devem promover o vínculo entre as equipes e os usuários, dentro da UBS ou em visita domiciliar, por meio do acolhimento em tempo oportuno, de forma a ampliar a capacidade de trabalho das equipes, considerando os determinantes sociais de saúde e vulnerabilidades presentes no território.

Art. 28. A classificação de risco deverá ser realizada preferencialmente pelo profissional enfermeiro e, na sua ausência, por outro profissional de nível superior, seguindo normas e protocolos vigentes, buscando ambiente reservado para escuta e atendimento.

Parágrafo único. Todos os enfermos listados na APS deverão ter capacitação para classificação de risco, de acordo com os métodos e protocolos adotados pela SES.

Art. 29. Os casos de urgências ou emergências médicas e odontológicas deverão ter seu primeiro atendimento garantido na UBS, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período, e caberá à UBS o contato imediato com outro ponto de atenção à saúde a fim de prover atendimento adequado à situação, caso necessário.

§ 1º A definição da conduta deverá seguir as diretrizes clínicas e os protocolos assistenciais da SES e os recomendados pelo Ministério da Saúde, desde que validados pela SES.

§ 2º As informações obtidas no acolhimento, na classificação de risco e em cada atendimento deverão ser registradas em prontuário.

Art. 30. A conclusão do atendimento de usuários que se apresentam à unidade por demanda espontânea, depois do acolhimento e, caso necessário, da classificação de risco, deve ser uma das seguintes:

I - consulta ou procedimento imediato;
 II - consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;
 III - agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;
 IV - procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pacientes crônicos com condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;
 V - encaminhamento a outro serviço de saúde, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável;
 VI - orientação sobre territorialização e fluxos da rede de saúde, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no Distrito Federal ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

Seção V

Da Organização do Cronograma e da Agenda de Trabalho

Art. 31. A organização do cronograma de trabalho e distribuição de agendas de atendimentos deverão ser feitas pela equipe, com atuação e supervisão da Gerência, considerando o perfil das demandas e necessidades da população na perspectiva da atenção integral, sendo reformuladas e pactuadas sistematicamente.

§ 1º As escalas de trabalho dos profissionais da UBS serão elaboradas de forma que, durante todo o horário de funcionamento da unidade, no mínimo o médico ou o enfermeiro e um profissional de nível médio de cada equipe estejam presentes.

§ 2º As escalas de férias, licenças e outros afastamentos de todos os servidores serão organizadas pela Gerência da UBS, de forma a evitar desassistência à população.

Art. 32. Todos os agendamentos serão feitos com horário marcado, sendo agendamento por turno, devendo haver diariamente alocação de horários para atendimento à demanda espontânea, inclusive casos agudos, e demanda programada, respeitados os protocolos vigentes e de acordo com o perfil epidemiológico e as necessidades da população, sendo recomendado um percentual de 50% dos horários de cada equipe para atendimento à demanda espontânea.

Art. 33. As agendas deverão contemplar atendimentos individuais, coletivos, visitas domiciliares, reunião de equipe e atividades de nutricional e educação em saúde.

§ 1º As visitas domiciliares deverão ser sistematizadas, regulares e registradas conforme mecanismos vigentes, previstas nas ações rotineiras da UBS e da equipe conforme o grau de vulnerabilidade.

§ 2º Deverão ser planejados espaços no cronograma semanal para reuniões de equipe, com duração máxima de duas horas e participação obrigatória de todos os membros da equipe, a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações e do processo de trabalho, casos clínicos e questões administrativas, podendo contar com a participação de gestores ou membros da comunidade em casos específicos.

§ 3º As reuniões de equipe deverão ser registradas em ata, com relato das discussões, decisões e lista de presença dos participantes, que ficará à disposição da Gerência.

Art. 34. Os usuários serão atendidos preferencialmente por sua própria equipe de saúde da família, sem prejuízo do atendimento por outra equipe caso o próximo dia ou horário disponível para atendimento seja incompatível com a necessidade de acompanhamento ou com a classificação de risco do paciente.

Art. 35. O sistema de marcação na UBS deverá ser direcionado às necessidades do usuário, de acordo com os dias e horários de maior procura da população pela unidade, evitando a concentração da oferta de algum serviço em um dia ou horário específicos.

§ 1º Na impossibilidade de se realizar a consulta agendada, o usuário deverá ser acolhido e sua consulta remarcada para o próximo horário disponível, de acordo com a situação, exceto em caso de ausência injustificada do usuário, hipótese em que a marcação será feita pelo sistema normal.

§ 2º Os usuários que procurarem a UBS deverão ser acolhidos e, caso necessário, direcionados à classificação de risco para definição da conduta indicada entre as previstas no art. 29.

§ 3º Os profissionais deverão atender as demandas de atendimento imediato em função da classificação de risco, independentemente da quantidade de atendimentos programados ou já realizados.

§ 4º É vedada a suspensão de serviços assistenciais sem a prévia atuação da DIRAPS e a elaboração de um plano alternativo de oferta aos usuários.

Seção VI

Do Fornecimento de Medicamentos e Produtos para Saúde

Art. 36. Os horários de funcionamento das farmácias, bem como as escalas dos profissionais, deverão ser estabelecidos considerando o perfil das demandas e necessidades da população na perspectiva da atenção, devendo ser estáveis e de amplo conhecimento da população atendida.

§ 1º A farmácia poderá fechar para recebimento de remessa de medicamentos e insumos e outras atividades internas inerentes à gestão de estoque, devendo os períodos de fechamento restringir-se ao mínimo necessário.

§ 2º A data e o período do fechamento deverão ser acordados previamente com a GSAP do território e divulgados à população.

Art. 37. A GSAP deverá assegurar-se de que foram feitas tempestivamente as solicitações de medicamentos e produtos para saúde, conforme estabelecido pelas áreas técnicas da gestão central, de acordo com as necessidades do território e de forma a garantir as ações e procedimentos da unidade.

§ 1º O apoio técnico será realizado pelos farmacêuticos responsáveis pelo território e do setor responsável pela logística farmacêutica da Região de Saúde.

§ 2º A UBS que fornece medicamentos e produtos para saúde aos usuários deverá dispor de local seguro e exclusivo para farmácia, de forma a garantir a guarda e o correto armazenamento dos estoques conforme normas estabelecidas pela Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF) da SES.

§ 3º Os medicamentos fornecidos ao usuário deverão constar da relação de medicamentos padronizados no âmbito da Atenção Primária e medicamentos estratégicos da SES, de acordo com os programas implantados.

§ 4º A DIASE, em conjunto com as áreas responsáveis pelos programas estratégicos e as regiões de saúde, deverá designar unidades de referência para o fornecimento de medicamentos estratégicos e medicamentos sujeitos a controle especial, quando for recomendada, de acordo com a legislação vigente.

§ 5º A dispensação com orientação farmacoterapêutica será realizada pelo farmacêutico, observadas as condições necessárias para tal atividade.

Art. 38. A GSAP do território designará servidor, preferencialmente farmacêutico, responsável pelas solicitações de medicamentos e produtos para a saúde e pelo controle dos estoques da farmácia, informando seu nome à DIRAPS e à DIASE.

Parágrafo único. O responsável pela farmácia tem o dever de alocar e manter atualizado o sistema de estoque de medicamentos, materiais e insumos da SES.

Seção VII

Da Coleta de Exames

Art. 39. Todas as UBS deverão oferecer coleta de exames laboratoriais.

§ 1º O material deverá ser coletado por profissional com capacidade técnica para tal.

§ 2º A relação de exames que serão coletados na UBS será definida e divulgada pela SES, com participação das áreas técnicas responsáveis e da COAPS.

§ 3º O agendamento para coleta e a entrega de resultados de exames deverão estar disponíveis aos usuários durante todo o horário de funcionamento da UBS.

§ 4º O acondicionamento e transporte das amostras coletadas na UBS deverão seguir as orientações emanadas da Vigilância Sanitária.

§ 5º A solicitação dos exames deverá ser registrada pelo profissional assistente no prontuário e deverá ser orientada, pelas diretrizes clínicas e protocolos assistenciais recomendados pela SES e pelo Ministério da Saúde.

§ 6º Os resultados serão disponibilizados pelo laboratório em meio eletrônico e poderão ser impressos, conforme a necessidade do usuário ou da unidade.

§ 7º A interpretação dos resultados deverá ser registrada pelo profissional assistente no prontuário do usuário.

Seção VIII

Da Vacinação

Art. 40. A vacinação deverá estar disponível aos usuários durante todo o horário de funcionamento da UBS, devendo ser realizada por profissionais com capacidade técnica, de acordo com as orientações descritas nos protocolos e manuais recomendados pela SES e pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Todas as UBS deverão oferecer vacinação.

§ 2º Caberá à GSAP do território estabelecer dias e horários diferenciados para vacinas de frascos múltiplos, com objetivo de otimizar as doses e evitar desperdícios, com a anuência da DIRAPS e da Vigilância Epidemiológica da Região de Saúde.

Art. 41. As UBS deverão solicitar as vacinas e imunobiológicos especiais, bem como outros insumos complementares, de acordo com as necessidades do território, de forma a garantir as ações de vacinação da unidade.

Parágrafo único. O apoio técnico será realizado pela Vigilância Epidemiológica da Região de Saúde e pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) da Subsecretaria de Vigilância à Saúde (SVS).

Art. 42. A vacinação deverá ser realizada em local adequado a garantir a aplicação de vacinas, imunobiológicos e registro de doses aplicadas, conforme normas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunização.

Parágrafo único. Todos os profissionais de enfermagem da UBS têm competência e deverão ter capacitação em imunização, e atuar na sala de vacina conforme programação estabelecida pela GSAP.

Seção IX

Da Regulação para Especialidades

Art. 43. A regulação deve promover o controle do acesso aos serviços de outros níveis de atenção, considerando a equidade, a integralidade, os recursos assistenciais disponíveis e a melhor alternativa assistencial às necessidades da população.

§ 1º Toda a oferta de primeiras consultas de especialidades físicas e exames especializados sob regulação da SES deverá ser colocada à disposição das unidades básicas de saúde, vedada a reserva de vagas para marcação de consultas por outros níveis de atenção, exceto para seguimento de tratamento da condição que justificou o primeiro encaminhamento, respeitados os protocolos e linhas de cuidado adotados pela SES.

§ 2º A COAPS, sem prejuízo da competência das próprias equipes e da Gerência da UBS, deverá realizar o monitoramento e a avaliação dos encaminhamentos às especialidades e utilizar as informações obtidas para planejamento de ações de educação em saúde e matriciamento, com o objetivo de aumentar a resolutividade da Atenção Primária.

§ 3º O apoio matricial deverá ser realizado de forma horizontal dentro do mesmo nível de atenção ou entre níveis de atenção distintos, a fim de aprimorar o conhecimento técnico, a resolutividade das equipes e a qualificação do cidadão e população.

§ 4º Nos encaminhamentos, os profissionais da Atenção Primária deverão respeitar os protocolos e orientações estabelecidos pela SES.

§ 5º A inserção das solicitações de consultas e exames especializadas no sistema de regulação vigente ocorrerá todos os dias, no horário de funcionamento da Unidade.

§ 6º É de responsabilidade das equipes da UBS acompanhar as solicitações de consultas e exames especializados no sistema de regulação vigente, e informar ao usuário assim que for efetivada a marcação.

Seção X

Do Transporte

Art. 44. A GSAP do território deverá avaliar e informar à DIRAPS a necessidade de veículos para execução de ações administrativas, logística, deslocamento de equipes ou profissionais nas áreas de difícil acesso no âmbito do território, entre outras ações da Atenção Primária.

Parágrafo único. A DIRAPS tomará as providências perante os órgãos competentes da SES, para oferta do transporte, em função da efetiva necessidade, prioridade e disponibilidade do recurso.

Art. 45. O chamado do Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para atendimento de pacientes a serem transportados da UBS para unidades de referência na Rede de Saúde deverá ser realizado pela equipe de saúde assistente, em conformidade com as referências e fluxos na Região e na rede de saúde, devendo a equipe oferecer suporte até a chegada da equipe do SAMU.

Seção XI

Da Educação Permanente em Saúde

Art. 46. O cronograma anual de educação permanente e continuada voltada para os profissionais e equipes deverá ser elaborado pelas DIRAPS, em parceria com gerentes de serviços da APS, Núcleo de Educação Permanente da Região de Saúde, Gerência de Educação em Saúde da Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP), COAPS e FEPECS, considerando também as necessidades epidemiológicas, ambientais e sanitárias identificadas e os principais temas de atuação no território.

§ 1º Os cronogramas devem ser encaminhados para a Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP), COAPS e FEPECS.

§ 2º Os eventos de educação em saúde planejados e ofertados pela SES deverão ser pactuados para inclusão no cronograma regional.

§ 3º A frequência deve ser registrada pelo profissional e atestada pelo instrutor responsável pelo evento, que encaminhará as informações à DIRAPS e ao Núcleo de Educação Permanente da Região de Saúde (NEPS), cabendo à Gerência da unidade o controle, a computabilização e o registro do evento no sistema de exatas.

§ 4º A participação dos profissionais nos eventos de educação está condicionada à liberação pela chefia imediata e da DIRAPS, de forma a não prejudicar a assistência.

§ 5º O cronograma de atividades de educação permanente deverá ser disponibilizado aos gestores de serviços do território e profissionais.

Seção XII

Da Vigilância em Saúde

Art. 47. A Vigilância em Saúde é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

§ 1º As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Primária e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para: a) vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

b) detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;

c) vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;

d) vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes;

e) vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;

f) vigilância da saúde do trabalhador;

g) outras ações de vigilância.

§ 2º A Atenção Primária e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção de saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade.

§ 3º Os profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

Capítulo V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 48. Caberá aos gestores ocupantes de cargos e funções em todos os níveis hierárquicos da SES dar ampla divulgação aos profissionais sobre o conteúdo desta Portaria.

Art. 49. Ficam revogadas a Portaria nº 29 de 26 de fevereiro de 2010, e a Portaria nº 26, de 14 de março de 2011, em seus arts. 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º e 9º.

Art. 50. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, devendo todas as unidades funcionarem com base em seus preceitos em até 90 (noventa) dias.

Art. 51. Durante o processo de conversão e adaptação de outros modelos de Atenção Primária adotados no Distrito Federal para os preceitos estabelecidos por esta Portaria, admite-se a constituição de equipes de transição, com composição diversa da prevista no art. 6º, a serem disciplinadas em Portaria própria, que poderão funcionar pelo prazo máximo de um ano, respeitados desde logo os princípios e diretrizes da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família aqui estabelecidos.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

PORTARIA Nº 78, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017

Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal no modelo da Estratégia Saúde da Família.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no exercício das atribuições que lhe conferem o art. 105, parágrafo único, da Lei Orgânica do Distrito Federal, o Decreto nº 23.212 de 6 de setembro de 2002, bem como o art. 448 do Regimento Interno da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DODF nº 34, de 15 de março de 2013, considerando a Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal nº 465, de 2016, e a Portaria nº 77, de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, RESOLVE:

Art. 1º As Unidades Básicas de Saúde (UBS) serão convertidas progressivamente para o modelo de Estratégia Saúde da Família, priorizando-se, no processo de conversão, as áreas de maior vulnerabilidade social.

Art. 2º As UBS em processo de conversão serão compostas por equipes de transição, que serão capacitadas e posteriormente divididas em equipes de saúde da família.

Art. 3º Cada equipe de transição será constituída por:

I - três médicos com carga horária de 40h, sendo um pediatra, um ginecologista e um clínico;

II - três enfermeiros com carga horária de 40h;

III - seis técnicos de enfermagem com carga horária de 40h;

IV - agentes comunitários de saúde, conforme disponibilidade na Região.

§ 1º Admitem-se excepcionalmente, de forma justificada, equipes de transição com quatro ou cinco médicos e número proporcional de enfermeiros e técnicos de enfermagem, nos casos em que o dimensionamento de pessoal ou o plano de conversão assim razionalmente.

§ 2º Admite-se a composição de equipes de transição sem uma das três especialidades médicas, desde que não haja na Atenção Primária do Distrito Federal profissional que possa ser movimentado para completar a equipe de transição nos moldes do inciso I e desde que seja garantida a capacidade de matriciamento na especialidade faltante.

§ 3º Os médicos de outras especialidades lotados na Atenção Primária serão movimentados para unidades de outros níveis de atenção, não necessariamente na mesma Região de Saúde, respeitadas as atribuições de seu cargo e de sua especialidade, o interesse público e a necessidade da população.

Art. 4º Os Superintendentes das Regiões de Saúde apresentarão à Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) da Secretaria de Estado de Saúde (SES) o dimensionamento do pessoal da Atenção Primária, em articulação com a Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP) e o plano de conversão de suas unidades básicas de saúde, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias.

§ 1º Todas as unidades que atualmente adotam o modelo tradicional deverão funcionar exclusivamente com equipes de transição no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, contados da publicação desta Portaria.

§ 2º O processo de trabalho das equipes de transição respeitará, no que couber, os preceitos estabelecidos pela Portaria nº 77, de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

§ 3º O horário de funcionamento das UBS em processo de conversão será de segunda a sexta-feira, de 7h às 18h, ininterruptamente.

§ 4º Todas as equipes de transição serão convertidas em equipes de saúde da família no prazo máximo de um ano, contado da formação da equipe de transição.

Art. 5º Os servidores lotados nas UBS em processo de conversão poderão optar por compor equipes de transição que se tornarão equipes de saúde da família, devendo manifestar formalmente seu interesse à GSAP do território, mediante formulário próprio constante do anexo I, no prazo de 30 (trinta) dias contados da publicação desta Portaria.

§ 1º Os servidores que compuserem equipes de transição ficam dispensados do cumprimento do art. 1º da Portaria nº 231, de 2016.

§ 2º Os servidores que não fizerem a opção prevista no caput no prazo estabelecido serão rotulados em unidades de saúde de outros níveis de atenção, não necessariamente na mesma Região de Saúde, em função da necessidade da população e respeitadas as atribuições de seu cargo.

§ 3º Caso a número de servidores que formalizem a opção prevista no caput seja insuficiente para a cobertura de saúde da família de acordo com o plano apresentado pelas Regiões, poderá ser afetada a servidores de outros níveis de atenção, nas áreas e especialidades em que houver déficit e no limite do número de relações a serem realizadas com base no § 2º, a opção de remoção para a Atenção Primária a fim de compor equipes de transição, não necessariamente na mesma Região de Saúde, de forma a atingir a cobertura populacional planejada.

Art. 6º Considerando os parâmetros de dimensionamento das equipes, os servidores em excesso na UBS serão movimentados para outras unidades de saúde, a critério da Administração, após ser ouvido o servidor interessado, respeitado o interesse público e a necessidade da população, observada a seguinte ordem de preferência:

I - para outra UBS do mesmo Região de Saúde;

II - para outra UBS de Região de Saúde distinta;

III - para unidade de saúde de outro nível de atenção na mesma Região de Saúde;

IV - para unidade de saúde de outro nível de atenção em Região de Saúde distinta ou em Unidade de Referência Distrital (URD).

Art. 7º Nas movimentações previstas nesta Portaria, será dada prioridade de permanência na Atenção Primária a servidores com titulação em Medicina de Família e Comunidade ou em Saúde da Família, adotando-se, em seguida, o critério de antiguidade no SES.

Art. 8º Durante o processo de conversão, os servidores de nível superior de equipes de transição receberão a capacitação necessária para o desenvolvimento da prática da Estratégia Saúde da Família.

§ 1º A capacitação prevista no caput será obrigatória e envolverá, no mínimo, as seguintes competências, a serem desenvolvidas de forma teórica e prática:

I - organização e funcionamento da Estratégia Saúde da Família;

II - pré-natal de risco habitual, pré-natal e rastreamento do câncer de mama e de colo uterino;

III - crescimento e desenvolvimento de crianças até dois anos;

IV - atendimento a pacientes hipertensos;

V - atendimento a pacientes diabéticos;

VI - atendimento à demanda espontânea em Atenção Primária.

§ 2º Além da inserção em processos formais de capacitação oferecidos pela FEPECS ou pela Gerência de Educação em Saúde da Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP), os profissionais da equipe de transição terão a responsabilidade de matricular uns aos outros, de forma a aumentar a resolutividade das equipes de saúde da família a serem formadas ao final do processo de conversão.

Art. 9º Todos os enfermeiros das equipes deverão ter, no mínimo, capacitação em vacinação, classificação de risco e coleta de exames, sendo de sua responsabilidade a capacitação em serviço nessas áreas e em outras de competência dos profissionais de nível médio, sem prejuízo de outros cursos oferecidos diretamente pelos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS), à Gerência de Educação em Saúde da SUGEP ou pela FEPECS.

Art. 10. Os gerentes e supervisores administrativos das GSAPs deverão ser capacitados para o cumprimento de todas as normas previstas na Portaria nº 77, de 2017, especialmente no que tange às providências para o bom funcionamento das unidades, à organização do cronograma de trabalho e agendas de atendimento e à produção e divulgação de informações e indicadores de qualidade da Atenção Primária, sem prejuízo da participação na capacitação prevista no art. 8º.

Art. 11. Após a realização da capacitação, os servidores da equipe de transição serão submetidos a avaliação do aproveitamento por critérios estabelecidos pela Gerência de Educação em Saúde da SUGEP ou pela FEPECS.

§ 1º Os médicos, se considerados aptos, deverão solicitar mudança de especialidade para Medicina de Família e Comunidade, assumindo todos os deveres e obrigações previstos para o médico de família e comunidade na regulamentação própria.

§ 2º Os servidores que não participarem da capacitação, que tiveram aproveitamento insuficiente e os médicos que não solicitarem a mudança de especialidade serão movimentados para unidades de outros níveis de atenção, não necessariamente na mesma Região de Saúde, respeitadas as atribuições de seu cargo e de sua especialidade, eventuais restrições laborais, o interesse público e a necessidade da população.

§ 3º Os médicos com certificado de conclusão de residência médica ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade registrado no CRM poderão solicitar dispensa da capacitação, hipótese em que serão imediatamente movimentados para outra UBS, a fim de compor equipe de saúde da família.

§ 4º Os enfermeiros com certificado de conclusão de residência ou especialização em saúde da família poderão solicitar dispensa da capacitação, devendo permanecer na equipe de transição até a conversão final em equipe de saúde da família.

Art. 12. Ao final do processo, caberá ao Superintendente do Região e à COAPS remanejar os profissionais considerados aptos, com o objetivo de compor o maior número possível de equipes consolidadas de saúde da família.

Art. 13. Após a conversão final das equipes de transição da UBS em equipes de saúde da família, com a implementação de todas as estruturas e competências previstas na Portaria nº 77, de 2017, seus membros serão considerados profissionais de saúde da família para todos os fins legais.

Art. 14. Caberá ao Superintendente da Região de Saúde organizar sua rede de modo a garantir o acesso das famílias não territorializadas residentes em sua Região a serviços oferecidos somente sob demanda programada, tais como pré-natal e pré-natal, rastreamento de câncer de mama e de colo de útero, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, marcação de exames e consultas em atenção primária ou em especialidades locais.

Art. 15. Todas as movimentações de servidores previstas nesta Portaria, exceto as realizadas dentro da mesma Região de Saúde, serão encaminhadas à SUGEP, que as realizará como prioridade, considerando a necessidade de otimização da força de trabalho.

Art. 16. Ficam proibidas novas lotações e movimentações de qualquer servidor para unidade básica de saúde, a não ser para a composição de equipes em conformidade com o art. 6º da Portaria nº 77, de 2017, ainda que tenha restrições laborais.

§ 1º Ficam excluídos do disposto no caput lotações e movimentações de farmacêuticos em número suficiente para perfazer 40 (quarenta) horas por GSAP, e técnicos administrativos para a GSAP em número suficiente para perfazer no máximo 40 (quarenta) horas para cada equipe de transição ou para cada três equipes de saúde da família.

§ 2º Em casos de comprovada necessidade do serviço, o Secretário de Estado de Saúde poderá excepcionalizar as regras previstas neste artigo, mediante requerimento justificado do Superintendente da Região.

Art. 17. Ficam proibidas lotações ou movimentações para a Atenção Primária de qualquer médico de especialidade diversa de Medicina de Família e Comunidade, ainda que tenha restrições laborais.

Parágrafo único. O disposto no caput não se aplica às equipes de Atenção Primária previstas nos incisos VI a X do art. 6º da Portaria nº 77, de 2017, respeitadas as competências próprias da especialidade e sua adequação às atividades dessas equipes.

Art. 18. No prazo de 60 (sessenta) dias contados da publicação desta Portaria, os servidores médicos poderão solicitar mudança de especialidade para Medicina de Família e Comunidade, desde que apresentem certificado de conclusão de residência médica ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, registrado no CRM, e cumpram os demais requisitos previstos na regulamentação própria.

Art. 19. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

ANEXO I

FORMULÁRIO DE OPÇÃO POR PARTICIPAÇÃO EM EQUIPE DE TRANSIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Eu, (nome do servidor), (matrícula do servidor), ocupante do cargo de (cargo do servidor), na especialidade (especialidade do servidor), admitido no SES em (data do posse), atualmente lotado no (lotação do servidor), venho exercer a opção prevista no art. 5º da Portaria nº 78, de 2017, por compor equipe de transição na Atenção Primária.

Ao assinar o presente termo, declaro que tenho conhecimento do teor das Portarias nº 77 e 78, de 2017, especialmente de que:

I - os membros da equipe de transição têm a obrigação de participar integralmente da capacitação em saúde da família oferecida e atingir nível suficiente de aproveitamento, avaliado mediante instrumento próprio;

II - os médicos considerados aptos após a capacitação deverão solicitar mudança de especialidade para Medicina de Família e Comunidade;

III - todas as equipes de transição serão convertidas, no prazo de um ano, em equipes de saúde da família;

IV - os membros das equipes de transição poderão ser distribuídos por equipes de saúde da família ou unidades distintas, a fim de compor o maior número possível de equipes consolidadas;

V - os servidores da Atenção Primária que por qualquer motivo não fizerem parte da Estratégia Saúde da Família, ou de equipes de transição enquanto durar o processo de conversão, serão rotulados em outros níveis de atenção, não necessariamente na mesma Região de Saúde, respeitadas as atribuições do cargo e da especialidade, o interesse público e a necessidade da população;

VI - Após a conversão final das equipes de transição em equipes de saúde da família, com a implementação de todas as estruturas e competências previstas na Portaria nº 77, de 2017, seus membros serão considerados profissionais de saúde da família para todos os fins legais.

Brasília, (data)
(Assinatura do servidor)

SECRETARIA DE ESTADO DE MOBILIDADE

TRANSPORTE URBANO DO DISTRITO FEDERAL

INSTRUÇÃO Nº 43, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2017.

O DIRETOR-GERAL DO TRANSPORTE URBANO DO DISTRITO FEDERAL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, em especial o artigo 7º, do Regulamento Interno desta Autarquia, aprovado pelo Decreto nº 27.660, de 24 de janeiro de 2007, RESOLVE:

Art. 1º Reinstaurar, sem prejuízo dos atos anteriormente praticados, o Procedimento de Sindicância nº 13/2016, de que trata a Instrução nº 232, publicada no DODF de 12/08/2016, reinstaurada pela última vez por meio da Instrução nº 08, publicada no DODF de 11/01/2017.

Art. 2º Estabelecer o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação desta Instrução, para a conclusão dos trabalhos.

Art. 3º Esta Instrução entra em vigor na data de sua publicação.

LÉO CARLOS CRUZ

DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM DO DISTRITO FEDERAL

INSTRUÇÃO Nº 16, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017.

O DIRETOR GERAL DO DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM DO DISTRITO FEDERAL, usando das atribuições previstas no Artigo 106, Inciso IX do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 37.949, de 12/01/2017, combinado com o artigo 211 da Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011, e tendo em vista os fatos noticiados no processo nº 113.009410/2015, RESOLVE:

Art. 1º Indeferir o requerimento referente ao SISDOC nº 10589/2016, fls. 298 e 309, conforme despacho da Corregedoria às fls.339.

Art.2º A SUAFIN encaminhar para providências pertinentes.

Art.3º Esta Instrução entra em vigor na data de sua publicação.

Art.4º Revogam-se as disposições em contrário.

HENRIQUE LUDUVICE

Portarias nºs 488 e 489, de 23 de maio de 2018

PÁGINA 12

Diário Oficial do Distrito Federal

Nº 100, sexta-feira, 25 de maio de 2018

§ 1º Ficam excluídos do disposto no caput lotações e remoções de farmacêuticos em número suficiente para perfazer 40 (quarenta) horas por GSAP.

§ 2º Em casos de comprovada necessidade do serviço, o Secretário de Estado de Saúde poderá excepcionalizar as regras previstas neste artigo, mediante requerimento justificado do Superintendente da Região de Saúde.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

PORTARIA Nº 489, DE 24 DE MAIO DE 2018

Regulamenta a estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, estabelecendo as normas e diretrizes para a organização de seu processo de trabalho.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no exercício das atribuições que lhe conferem o art.105 da Lei Orgânica do Distrito Federal, o Decreto nº 23.212 de 6 de setembro de 2002, bem como o art. 448 do Regimento Interno da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013.

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e as outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 3.124/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) Modalidades I e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, em a Modalidade Nasf 3, e dá outras providências;

Considerando o Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS);

Considerando o Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando o Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);

Considerando a Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando a Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 77/SES/DF, de 14 de fevereiro de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal;

Considerando a necessidade de definir e adequar as diretrizes e normas distritais para funcionamento e organização dos Nasf-AB ao atual modelo de atenção no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal;

RESOLVE:

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 1º O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) é uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, com atuação distinta e complementar daquela das equipes de Saúde da Família.

Parágrafo único. Médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares em enfermagem, agentes comunitários de saúde, enfermeiros dentistas e técnicos em higiene dental não podem fazer parte de equipes Nasf-AB.

Art. 2º As equipes Nasf-AB devem seguir os Princípios e Diretrizes, a Organização Administrativa e Organização dos Serviços da Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, conforme disposto na Portaria SES nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, além do previsto nesta Portaria.

Art. 3º São princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde, a serem operacionalizados pelas equipes Nasf-AB:

I - Acesso: os serviços devem ser conhecidos e percebidos pelos usuários e equipes de Saúde da Família vinculadas, incluindo a realização dos atendimentos urgentes, prioritários e de suporte à demanda espontânea, devendo predominar a necessidade do usuário e o acesso ao profissional que melhor atenda à sua necessidade de saúde no momento;

II - Longitudinalidade: o acompanhamento de usuários e suas famílias deve ser feito pelas equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, não devendo o Nasf-AB assumir a ordenação longitudinal da cuidado da população adscrita, com exceção dos casos pactuados com a equipe de Saúde da Família ou equipe de Saúde Bucal, durante o tempo necessário para atendimento às necessidades de saúde;

III - Integralidade: os usuários devem receber todos os tipos de atenção no sistema de saúde, a maioria dos quais deve ser ofertada pela própria Atenção Primária, que também é corresponsável pelo encaminhamento e acompanhamento no caso de necessidade de assistência em outros níveis de atenção, com participação do Nasf-AB quando indicado;

IV - Condição do cuidado: as equipes de Atenção Primária à Saúde, incluindo a equipe Nasf-AB, são responsáveis pela escuta qualificada da demanda de todos que procuram o serviço, avaliação quanto à necessidade e possibilidade de pronta resolução e orientação, contato com outras equipes e níveis de atenção, encaminhamento responsável e, para os usuários de seu território, acompanhamento do fluxo no sistema de saúde;

V - Centralização na Família e Orientação Comunitária: conhecimento pela equipe dos membros da família e de seus problemas, propiciando intervenções personalizadas partindo da compreensão que as relações entre o indivíduo, a família e o ambiente que o circunda serão determinantes importantes em seu processo saúde-doença;

VI - Acolhimento: os profissionais devem receber e escutar as pessoas que procuram as unidades de saúde, como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, devendo ocorrer sempre, em qualquer contato do usuário com a unidade de saúde, independentemente do motivo da busca pelo serviço;

VII - Classificação de Risco e Vulnerabilidade: a priorização dos atendimentos por meio da avaliação da gravidade de uma situação apresentada deve utilizar critérios clínicos e de vulnerabilidade, permitindo a oferta de atendimento em tempo oportuno;

VIII - Resolutividade: a APS deve ser capaz de resolver 85% ou mais das demandas de saúde da população, e o Nasf-AB permite a ampliação da oferta de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, adotando medidas de educação permanente, cooperação horizontal, corresponsabilização do cuidado e suporte clínico e sanitário;

IX - Territorialização: metodologia para definir a abrangência de atuação das equipes, baseada no reconhecimento do território e sua competência cultural, com suporte das equipes Nasf-AB principalmente na identificação de pontos de apoio e diagnóstico da área;

X - Adscrição da clientela: as equipes Nasf-AB devem apoiar e realizar o cadastramento e o acompanhamento da população sob sua responsabilidade, por meio de ações na unidade básica de saúde, na comunidade ou em visitas domiciliares, utilizando as informações para o planejamento de seu trabalho e para o desencadearmento de ações de outros níveis de gestão;

XI - Garantia de acesso: a organização do trabalho das equipes Nasf-AB deve ser feita de modo a garantir aos usuários e equipes vinculadas o atendimento de suas demandas, do modo e no tempo adequados às suas necessidades, mediante agendamento ou por demanda espontânea, a partir dos casos direcionados pela equipe de Saúde da Família;

XII - Ordenação da rede de saúde: as equipes devem conhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, cabendo-lhes ordenar a demanda em relação aos outros pontos de atenção à saúde, organizando os fluxos da atenção ao usuário e contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários;

Art. 4º A cooperação entre as equipes Nasf-AB e as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal deve se dar de forma horizontal e interdisciplinar, por meio do compartilhamento da responsabilidade da atenção ao usuário, contribuindo para a longitudinalidade e a ampliação da resolutividade da APS.

Art. 5º O compartilhamento de saberes, de práticas e de cuidado entre as equipes Nasf-AB e as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal deve considerar as demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seu território, bem como demandas e necessidades advindas do processo de trabalho das equipes vinculadas.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art. 6º Os Nasf-AB do Distrito Federal devem seguir os parâmetros e critérios abaixo estabelecidos:

I - a equipe deve contar com no mínimo 5 (cinco) servidores de profissões distintas, considerando a definição do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde, das seguintes especialidades do cargo efetivo de especialista em saúde da SES/DF: farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional;

II - a soma da carga horária semanal dos membros da equipe deve alcançar o somatório mínimo previsto para implantação junto ao Ministério da Saúde permitindo o repasse de recursos, conforme Anexo I;

III - cada especialidade, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas semanais, com exceção dos casos previamente autorizados pela Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) para o limite de 40 (oitenta) horas semanais;

IV - 3 (três) profissionais de equipe, no mínimo, devem ter carga horária individual de 40 horas semanais;

V - cada equipe deve ter na sua composição, tanto quanto possível, membros que atuem nas áreas de saúde mental, reabilitação, assistência farmacêutica, saúde nutricional e serviço social, observadas as necessidades e demandas do território, conforme perfil demográfico, epidemiológico, assistencial e sócio ambiental;

VI - todos os profissionais que compõem a equipe Nasf-AB devem cumprir sua carga horária integralmente na(s) unidade(s) da Gerência de Serviços da Atenção Primária (GSAP) em que estão lotados, exceto se também tiver sob sua vinculação equipes de outra GSAP, hipótese em que poderá laborar no respectivo território;

Art. 7º Cada Nasf-AB deve estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) equipes de Saúde da Família, incluindo a respectiva equipe de Saúde Bucal, quando houver;

Art. 8º O Nasf-AB deve funcionar em Unidade Básica de Saúde (UBS) que abrigue pelo menos uma das equipes a ele vinculadas, sendo que o acesso aos atendimentos individual e coletivo se dará por meio da responsabilização compartilhada e da pactuação com as equipes de Saúde da Família;

Art. 9º O número de equipes de Saúde da Família vinculadas a cada equipe Nasf-AB deve ser definido pela Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS), em conjunto com a(s) Gerência(s) de Serviços da Atenção Primária correspondente(s), considerando as características do território e os limites estabelecidos nesta Portaria;

Art. 10. As escalas de serviços dos profissionais da equipe Nasf-AB são elaboradas de forma que, durante todo o horário de funcionamento da unidade onde está instalada, tenham no mínimo 2 (dois) profissionais da equipe presentes em cada turno, de forma a facilitar o trabalho integrado e compartilhado com as equipes de Saúde da Família;

Art. 11. Os profissionais do Nasf-AB devem ser lotados na Gerência de Serviços da Atenção Primária (GSAP) responsável pela Unidade Básica de Saúde onde a equipe está instalada fisicamente;

Art. 12. O monitoramento e avaliação do trabalho das equipes Nasf-AB é de responsabilidade da GSAP em conjunto com a DIRAPS e área técnica da Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS);

Art. 13. A COAPS, por meio da Gerência de Apoio à Saúde da Família, deve promover espaços coletivos regulares com participação da gestão regional e local da Atenção Primária e dos profissionais das equipes Nasf-AB, a fim de aperfeiçoar o processo de trabalho e possibilitar a construção de novas práticas em saúde;

Art. 14. As equipes Nasf-AB devem dispor de espaço físico adequado para reuniões, atividades coletivas e atendimentos individuais, transporte para as atividades extra-muros no território, podendo ser compartilhados com as demais equipes da GSAP;

Parágrafo único. Cabe à DIRAPS e à GSAP a organização do uso dos espaços da(s) Unidade(s) Básica(s) de Saúde(s) e da logística de transporte para permitir a realização das atividades da equipe Nasf-AB.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

SEÇÃO I

Das Atribuições dos Profissionais da Equipe Nasf-AB

Art. 15. Compete a todos os profissionais da equipe Nasf-AB:

I - pactuar junto às equipes de Saúde da Família a que estão vinculadas o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde;

II - ampliar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) em termos clínicos e sanitários;

III - contribuir para a integralidade do cuidado do indivíduo e da família, tanto por intermédio da ampliação da clínica, como do aumento da capacidade de análise e intervenção sobre as necessidades de saúde, incluindo ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde;

IV - compartilhar saberes e práticas em saúde favorecendo ações de educação permanente e de gestão de grupos específicos nas áreas de abrangência das equipes vinculadas;

V - desenvolver ações de cuidado centrado na pessoa com foco na família e orientado para a comunidade, em conjunto com cada equipe de Saúde da Família;

VI - ser corresponsável pelo cuidado em saúde em todas as fases do desenvolvimento humano, considerando a realidade epidemiológica, cultural e socioeconômica da população do território adstrito;

VII - registrar, monitorar e avaliar as demandas recebidas pelas equipes de Saúde da Família;

VIII - identificar as demandas mais frequentes das equipes de Saúde da Família, construindo ações de intervenção, em parceria com as equipes, para qualificar a produção do cuidado;

IX - analisar, junto com as equipes de Saúde da Família, as principais causas de encaminhamento para outros níveis de atenção, com ações de qualificação do cuidado para ampliação da resolutividade na APS;

X - acompanhar e contribuir na implementação dos planos de cuidado elaborados em conjunto com demais níveis de atenção;

XI - trabalhar, juntamente com as equipes de Saúde da Família, na identificação de casos de violência e seus fatores de riscos, com notificação quando indicado;

XII - realizar atenção à saúde no território, no domicílio e na Unidade Básica de Saúde;

XIII - realizar discussão de casos, construção conjunta de Projeto Terapêutico Singular (PTS), atendimento individual e coletivo, específico ou compartilhado;

XIV - realizar e participar de reuniões de equipes, a fim de discutir e construir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações e do processo de trabalho, casos clínicos e questões administrativas;

XV - mapear os dispositivos e atores formais e informais do território e da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

XVI - desenvolver ações intersetoriais perante outros equipamentos sociais públicos e privados, redes sociais e comunitárias, de forma integrada à RAS;

XVII - monitorar e avaliar junto às equipes vinculadas os indicadores de saúde do território elencados pela SES, propondo ações de intervenção que influenciem de forma positiva os resultados alcançados;

XVIII - utilizar protocolos, rotinas e normas adotadas pela SES/DF aplicáveis à equipe Nasf-AB e seguir as orientações técnicas da COAPS;

Parágrafo único. A área técnica da SES/DF responsável pela supervisão, organização e orientação do trabalho dos profissionais das equipes Nasf-AB é a COAPS em nível central, a DIRAPS em nível regional e a GSAP em nível local.

Art. 16. As competências individuais de cada cargo efetivo na SES/DF permanecem mantidas, e as atividades devem estar relacionadas com o processo de trabalho da equipe Nasf-AB.

SEÇÃO II

DA ORGANIZAÇÃO DO CRONOGRAMA E DA AGENDA DE TRABALHO

Art. 17. A organização do cronograma e da agenda de trabalho deve ser realizada pela equipe Nasf-AB, com atenção e supervisão da GSAP, considerando o perfil das demandas e necessidades da população e das equipes vinculadas, na perspectiva da atenção integral, sendo reformuladas e pactuadas sistematicamente.

Art. 18. A agenda de trabalho do Nasf-AB deve ser dividida em dois eixos:

I - ações comuns a todos os profissionais;

a) ações compartilhadas: reunião com equipes de Saúde da Família, reunião da equipe Nasf-AB, atendimento compartilhado, atendimento compartilhado domiciliar, atividade coletiva, atividades de planejamento e monitoramento, reunião com a GSAP, reunião com representantes da DIRAPS, reunião com representantes da COAPS, elaboração de relatórios mensais, encontros de educação permanente e continuada, elaboração de materiais de apoio às equipes;

b) ações intersetoriais: encontros com instituições e atores formais e informais do território e da Rede de Atenção à Saúde, contato com representantes do controle social, atendimento compartilhado com profissional de outra instituição, encontros de educação permanente e continuada;

c) Práticas Integrativas em Saúde: atendimento individual ou coletivo por profissionais capacitados em práticas definidas e regulamentadas pela Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDIS).

II - ações específicas de cada ocupação profissional;

a) procedimentos: atendimento individual específico, atendimento domiciliar específico, atividade coletiva específica;

b) outras ações: registro de atividades diárias, participação em grupos de trabalho e comitês, atividades de preceptoria, educação permanente e continuada.

Art. 19. A proporção das ações e atividades citadas deve ser variável e definida entre os valores mínimos e máximos estabelecidos no Anexo II, com o objetivo de atender os princípios e diretrizes que norteiam o trabalho na APS.

Parágrafo único. As definições de cada atividade elencada estão disponíveis no Anexo III.

Art. 20. O cronograma de trabalho deve contemplar uma reunião semanal de equipe Nasf-AB, com duração máxima de duas horas e participação obrigatória de todos os membros da equipe, podendo contar com a participação de gestores ou membros da comunidade em casos específicos.

Art. 21. As reuniões com cada equipe de Saúde da Família vinculada devem ocorrer mensalmente uma vez por mês, com duração máxima de quatro horas e participação obrigatória de todos os membros da equipe Nasf-AB e equipe de Saúde da Família, conforme Anexo II.

Parágrafo único. A equipe deve organizar previamente como se dará o acolhimento e o atendimento da demanda espontânea de sua área de abrangência, com o apoio da GSAP e das demais equipes, durante o período em que estiver em reunião.

Art. 22. As reuniões devem ser registradas em ata, com relato das discussões, decisões, encaminhamentos e lista de presença dos participantes, que ficará à disposição da GSAP.

Seção III

Do Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde

Art. 23. As ações em saúde planejadas e propostas pelo Nasf-AB devem considerar o elenco listado na Carteira de Serviços da APS, com objetivos, metas e indicadores definidos nas normas e legislação vigentes da SES/DF e nos parâmetros normatizados pelo Ministério da Saúde para o Nasf-AB.

Art. 24. O monitoramento deve ser realizado mensalmente, de forma compartilhada com a GSAP, a partir da análise da produção das equipes e dos indicadores, bem como de outros parâmetros relacionados ao processo de trabalho e à qualidade das ações prestadas, sendo responsabilidade de cada profissional o registro de sua produção.

Parágrafo único. Todas as equipes Nasf-AB devem manter atualizadas as informações para construção dos indicadores definidos pela COAPS, alimentando o sistema de informação em tempo real, que deve abranger, no mínimo, os indicadores previstos no Anexo IV.

Art. 25. As equipes do Nasf-AB devem utilizar o sistema e-SUS AB com a finalidade de alimentar o Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica, compartilhar os registros entre os profissionais e oferecer informações para subsidiar o planejamento das equipes.

Art. 26. Outras ferramentas de coleta de dados podem ser indicadas pela DIRAPS e COAPS para diagnóstico, monitoramento e avaliação do processo de trabalho das equipes Nasf-AB, equipe de Saúde da Família e GSAP, que devem ser alimentadas regularmente.

Art. 27. Esta Portaria entra em vigor a partir da data de sua publicação.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

ANEXO I - CARGA HORÁRIA POR MODALIDADE DE Nasf-AB

Modalidade*	Somatório das Cargas Horárias Profissionais
Nasf-AB I	Mínimo 200 horas semanais
Nasf-AB 2**	Mínimo 120 horas semanais

* A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante no DF não receberá incentivo financeiro federal correspondente.

** A modalidade Nasf-AB 2 poderá ser utilizada como modelo transitório para Nasf-AB I, com prazo máximo de um ano.

Fonte: Portaria nº 3.124/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012

ANEXO II - PARÂMETROS DE DISTRIBUIÇÃO DE CARGA HORÁRIA DO Nasf-AB SEGUNDO ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

AÇÕES PROPOSTAS PARA O Nasf-AB

1. AÇÕES ESPECÍFICAS DE CADA OCUPAÇÃO PROFISSIONAL

1.1 Atendimento individual específico e Atendimento domiciliar específico

a. CARGA HORÁRIA SEMANAL POR ATIVIDADE

I. Horas: 6h

II. Faixa: 4 - 8h

b. PROPORÇÃO MENSAL DE HORAS POR ATIVIDADE:

I. Percentual: 15%

II. Faixa: 10 - 20%

c. PRODUÇÃO ESPERADA POR PROFISSIONAL

I. Meta mensal: 35

II. Faixa mensal: 20 a 50

III. Duração da atividade: 40 min

1.2 Atividade coletiva específica

a. CARGA HORÁRIA SEMANAL POR ATIVIDADE

I. Horas: 3h

II. Faixa: 1 - 5h

b. PROPORÇÃO MENSAL DE HORAS POR ATIVIDADE

I. Percentual: 7,5%

II. Faixa: 2,5 - 12,5%

c. PRODUÇÃO ESPERADA POR PROFISSIONAL

I. Meta mensal: 6

II. Faixa mensal: 2 a 10

III. Duração da atividade: 2h

2. AÇÕES COMUNS A TODAS AS OCUPAÇÕES PROFISSIONAIS

2.1 Ações Compartilhadas

2.1.1 Reuniões com equipes de Saúde da Família

a. CARGA HORÁRIA SEMANAL POR ATIVIDADE

I. Horas: 10h

II. Faixa: 8 - 12h

b. PROPORÇÃO MENSAL DE HORAS POR ATIVIDADE

I. Percentual: 25%

II. Faixa: 20 - 30%

c. PRODUÇÃO ESPERADA POR PROFISSIONAL

I. Meta mensal: A equipe deve realizar pelo menos 1 reunião por mês com cada equipe vinculada.

II. Faixa mensal: A equipe deve realizar pelo menos 1 reunião por mês com cada equipe vinculada.

III. Duração da atividade: 4 h

2.1.2 Reunião da equipe Nasf-AB

a. CARGA HORÁRIA SEMANAL POR ATIVIDADE

I. Horas: 2h

II. Faixa: 2h

b. PROPORÇÃO MENSAL DE HORAS POR ATIVIDADE

I. Percentual: 5%

II. Faixa: 5%

c. PRODUÇÃO ESPERADA POR PROFISSIONAL

- I. Meta mensal: A equipe deve realizar 1 reunião por semana.
II. Faixa mensal: A equipe deve realizar 1 reunião por semana.

III. Duração da atividade: 2 h**2.1.3 Atendimento individual compartilhado entre Nasf-AB e com eSF****a. CARGA HORÁRIA SEMANAL POR ATIVIDADE:**

- I. Horas: 5h
II. Faixa: 4 - 8h

b. PROPORÇÃO MENSAL DE HORAS POR ATIVIDADE:

- I. Percentual: 15%
II. Faixa: 10 - 20%

c. PRODUÇÃO ESPERADA POR PROFISSIONAL

- I. Meta mensal: 12
II. Faixa mensal: 8 a 16

III. Duração da atividade: 2 h**2.1.4 Atendimento domiciliar compartilhado entre Nasf-AB e com eSF****a. CARGA HORÁRIA SEMANAL POR ATIVIDADE:**

- I. Horas: 5h
II. Faixa: 3 - 7h

b. PROPORÇÃO MENSAL DE HORAS POR ATIVIDADE:

- I. Percentual: 12,5%
II. Faixa: 7,5 - 17,5%

c. PRODUÇÃO ESPERADA POR PROFISSIONAL

- I. Meta mensal: 12
II. Faixa mensal: 7 a 17

III. Duração da atividade: 1h 40 min**2.1.5 Atividade coletiva compartilhada entre Nasf-AB e com eSF****a. CARGA HORÁRIA SEMANAL POR ATIVIDADE:**

- I. Horas: 3h
II. Faixa: 1 - 5h

b. PROPORÇÃO MENSAL DE HORAS POR ATIVIDADE:

- I. Percentual: 7,5%
II. Faixa: 2,5 - 12,5%

c. PRODUÇÃO ESPERADA POR PROFISSIONAL

- I. Meta mensal: 6
II. Faixa mensal: 2 a 10

III. Duração da atividade: 2 h**2.1.6 Atividades de Planejamento e Monitoramento; Reuniões com GSAP, DIRAPS e ou COAPS; Elaboração de relatórios; Elaboração de materiais de apoio****a. CARGA HORÁRIA SEMANAL POR ATIVIDADE:**

- I. Horas: 4h
II. Faixa: 1 - 5h

b. PROPORÇÃO MENSAL DE HORAS POR ATIVIDADE:

- I. Percentual: 7,5%
II. Faixa: 2,5 - 12,5%

c. PRODUÇÃO ESPERADA POR PROFISSIONAL

- I. Meta mensal: não se aplica.
II. Faixa mensal: não se aplica.

III. Duração da atividade: não se aplica.**2.2 Ações Intersetoriais****a. CARGA HORÁRIA SEMANAL POR ATIVIDADE:**

- I. Horas: 2h
II. Faixa: 0 - 4h

b. PROPORÇÃO MENSAL DE HORAS POR ATIVIDADE:

- I. Percentual: 5%
II. Faixa: 0 - 10%

c. PRODUÇÃO ESPERADA POR PROFISSIONAL

- I. Meta mensal: não se aplica.
II. Faixa mensal: não se aplica.

III. Duração da atividade: não se aplica.**2.3 Práticas Integrativas em Saúde Individual e Coletiva**

Conforme definição prevista em normativa da SES/DF e pactuação com gestores

3. OUTRAS AÇÕES NA APS

3.1 Registro de atividades diárias, participação em grupos de trabalho e comitês, atividades de preceptoria, educação permanente e continuada, atividades em locais específicos da UBS (ex.: farmácia)

Conforme demanda territorial e/ou das equipes vinculadas sob os preceitos descritos nesta portaria e pactuação com gestores.

O parâmetro de distribuição de carga horária semanal das atividades considerou profissionais com carga horária total de 40 horas semanais, devendo ser ajustado proporcionalmente para carga horária total inferior.

ANEXO III - DEFINIÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS**Ações Comuns****a) Ações compartilhadas**

Reuniões com equipes de Saúde da Família: reunião periódica destinada ao desenvolvimento de ações colaborativas entre a equipe de Saúde da Família e o Nasf-AB. Esse espaço é destinado a realização de discussões de caso e temas relevantes ao processo de trabalho. Também se destina às pactuações, ao planejamento e programação de ações (elaboração de projeto terapêutico singular, constituição e organização de grupos, atendimentos, intervenções

e realização de educação permanente), ao desenvolvimento de ações de vigilância e monitoramento em saúde. As ações descritas deverão ser desenvolvidas entre as equipes por meio da cooperação, corresponsabilização e da troca de saberes.

Discussão de caso: consiste na problematização de casos, realizado de forma interdisciplinar, cuja finalidade é auxiliar o planejamento e construção do Projeto Terapêutico Singular.

Projeto Terapêutico Singular (PTS): é um instrumento de organização do cuidado em saúde construído pela equipe em conjunto com o usuário ou com o coletivo ou grupo social específico, constituído por propostas de condutas terapêuticas articuladas entre si, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, que pode ser apoiada pelo Nasf-AB.

Reunião de equipe Nasf-AB: espaço destinado à articulação das ações em saúde e organização do processo de trabalho entre os profissionais que constituem o Nasf-AB. Nesse espaço devem ocorrer o planejamento da agenda de trabalho compartilhada e específica, discussão e alinhamento acerca do processo de trabalho do Nasf-AB na realidade do Distrito Federal, e equipes, elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e realização de educação permanente da equipe.

Atendimento compartilhado: atendimento individual e/ou familiar realizado conjuntamente entre profissionais do Nasf-AB e, no mínimo, um membro da equipe vinculada. Para fins da organização do processo de trabalho do Nasf-AB no contexto do DF, o atendimento individual compartilhado entre profissionais do Nasf-AB também é considerado nessa modalidade.

Atendimento domiciliar compartilhado: atendimento realizado no contexto domiciliar, por profissional do Nasf-AB e pelo menos um profissional da equipe vinculada, podendo envolver tanto o usuário, como a família ou o cuidador. Esta ação favorece o aprofundamento do conhecimento a respeito dos casos atendidos juntamente com as equipes vinculadas. Para fins da organização do processo de trabalho do Nasf-AB na realidade do Distrito Federal, o atendimento domiciliar compartilhado entre profissionais do Nasf-AB também é considerado nessa modalidade.

Atividade coletiva: atividade em grupo realizada mediante suporte do Nasf-AB no planejamento, programação ou execução conjunta com os profissionais das equipes vinculadas. O suporte pode ocorrer sempre que demandado pelas equipes, a partir da identificação pelo Nasf-AB da necessidade de qualificação dos grupos já realizados ou da necessidade de incentivo ao desenvolvimento de grupos de promoção à saúde. No DF, também são consideradas nesta modalidade o compartilhamento destas ações entre profissionais do Nasf-AB. São exemplos de ações de atividade coletiva: atividades de educação em saúde, atendimentos em grupo, grupos de convivência, avaliação/procedimento coletivo, atividades de mobilização social e ações de sensibilização acerca de temas de relevância previamente estabelecidos, seja na UBS ou demais espaços da comunidade.

Reuniões com a GSAP, DIRAPS e/ou COAPS: reuniões periódicas realizadas com membros das equipes Nasf-AB e com representantes da gestão local, regional e/ou central com a finalidade de discussão, reflexão e construção de novas práticas do processo de trabalho do Nasf-AB. Inclui o apoio ao planejamento, monitoramento e avaliação dos Nasf-AB além de ações de educação permanente para o aprimoramento de competências e habilidades necessárias ao trabalho.

Elaboração de relatórios: elaboração de relatórios de atividades realizadas pelos componentes do Nasf-AB durante o mês com análise qualitativa das ações desenvolvidas.

Registro de atividades: trata-se do registro adequado das ações desenvolvidas pelos profissionais do Nasf-AB, no e-SUS AB ou outros sistemas de informação disponíveis e implantados na SES/DF.

b) Ações Intersetoriais: Articulação do setor saúde com outros setores (educação, segurança, cultura, habitação, assistência social, transportes, lazer, esportes) que visam o desenvolvimento de ações com base na promoção e prevenção à saúde e no alcance da integralidade da atenção ao usuário. Destacam-se os seguintes exemplos de ações intersetoriais: reuniões com recursos da comunidade, reuniões/visitas institucionais, reuniões com conselho gestor/conselho social, atendimento compartilhado com profissional de outra instituição.

c) Práticas Integrativas em Saúde (PIS): são tecnologias que abordam o indivíduo em sua multidimensionalidade (física, mental, psíquica, afetiva e espiritual), que visa fortalecer os mecanismos de cura individual. As PIS são tecnologias socialmente aceitas e integram os cuidados primários e essenciais da saúde. São exemplos de PIS no DF: Automassagem, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Reiki, Hatha Yoga, Tai Chi Chuan, entre outras.

Ações Específicas

Atendimento individual específico: atendimento realizado somente pelo profissional do Nasf-AB, relativo ao núcleo de saber de sua categoria profissional, mediante pactuação com equipe vinculada, associada ou não à realização prévia de discussões de caso e/ou projetos terapêuticos singulares. Esse atendimento individual específico não deve ser confundido com o acolhimento, ato praticado por qualquer profissional da APS e que envolve receber e escutar as pessoas que procuram as unidades de saúde, como mecanismo de ampliação e facilitação da acesso, devendo ocorrer sempre, em qualquer contato do usuário com a unidade de saúde, independentemente do motivo da busca pelo serviço.

Demanda espontânea: atendimento realizado ao indivíduo acolhido, avaliado e direcionado pela equipe de Saúde da Família, que requer atendimento imediato e oportuno no mesmo dia, sem agendamento prévio, considerando riscos e vulnerabilidade apresentados. São exemplos: casos de violência, ideação suicida, situações sociais agudas entre outros.

Atendimento domiciliar específico: atendimento realizado por profissional do Nasf-AB, relativo ao núcleo de saber de sua categoria profissional, no contexto domiciliar, podendo envolver tanto o usuário, como a família ou o cuidador.

Atividade coletiva específica: atividade em grupo regida por profissional do Nasf-AB, com tema relativo ao núcleo de saber de sua categoria profissional, sendo recomendada a participação dos profissionais das equipes Atenção Primária à Saúde como estratégia de educação permanente. São exemplos de ações de atividade coletiva específica: atividades de educação em saúde, atendimentos em grupo, grupos de convivência, avaliação/procedimento coletivo, atividades de mobilização social.

Portaria nº 496, de 25 de maio de 2018

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PORTARIA Nº 496, DE 25 DE MAIO DE 2018

Disciplina o processo de transição das equipes Nasf-AB do Distrito Federal. O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no exercício das atribuições que lhe conferem o art. 105, parágrafo único, da Lei Orgânica do Distrito Federal, e Decreto nº 23.212 de 6 de setembro de 2002, bem como o art. 448 do Regulamento Interno da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013, considerando a Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal nº 465, de 2016, a Portaria nº 77, de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, e Portaria nº 489, 24 de maio de 2018, que regulamenta a estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, estabelecendo as normas e diretrizes para a organização de seu processo de trabalho, RESOLVE:

Art. 1º Os servidores lotados nas Gerências de Serviços da Atenção Primária (GSAP) que pertencem ao cargo de especialista em saúde nas especialidades de farmacêutico, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo e fisioterapeuta poderão optar por compor equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), devendo manifestar formalmente seu interesse à GSAP do território, mediante formulário próprio constante do Anexo I, no prazo de 10 (dez) dias contados da publicação desta Portaria.

§ 1º Os servidores que não fizerem a opção prevista no caput no prazo estabelecido serão removidos para unidades de saúde de outros níveis de atenção, não necessariamente na mesma Região de Saúde, em função da necessidade da população e respeitadas as atribuições de seu cargo.

§ 2º Caso o número de servidores que formalizem a opção prevista no caput seja insuficiente para a cobertura por equipe Nasf-AB prevista no plano apresentado pelas Regiões, poderá ser oferecida a servidores de outros níveis de atenção, nas especialidades em que houver déficit e no limite do número de remoções a serem realizadas com base no § 1º, a opção de remoção para a Atenção Primária a fim de compor equipes de transição, não necessariamente na mesma Região de Saúde, de forma a atingir a cobertura populacional planejada.

§ 3º Os profissionais farmacêuticos que estiverem em GSAP com previsão para constituir equipe Nasf-AB só poderão permanecer na mesma GSAP se optarem por compor a equipe Nasf-AB desta GSAP.

§ 4º Tendo em vista as especificidades da composição e do processo de trabalho das equipes de saúde do Sistema Prisional e das equipes de Consultório na Rua, a adesão dos profissionais para composição das equipes Nasf-AB está condicionada à previsão imediata de reposição ou permuta com outro profissional da mesma especialidade e carga horária.

Art. 2º A força de trabalho excedente na GSAP, considerando os parâmetros de dimensionamento das equipes, será movimentada para outras unidades de saúde, à critério da Administração, respeitado o interesse público e a necessidade da população, observada a seguinte ordem de preferência:

- I - para equipe Nasf-AB de outra GSAP da mesma Região de Saúde;
- II - para equipe Nasf-AB de GSAP de Região de Saúde distinta;
- III - para unidade de saúde de outro nível de atenção na mesma Região de Saúde;
- IV - para unidade de saúde do outro nível de atenção em Região de Saúde distinta ou em Unidade de Referência Distrital (URD).

Art. 3º Nas movimentações previstas nesta Portaria, será dada prioridade de permanência na Atenção Primária aos servidores com especialização em Saúde Coletiva ou em Saúde da Família, com carga horária total mínima de 360 horas, adotando-se em segunda o critério de antiguidade na SES.

Art. 4º Os Nasf-AB serão planejados e organizados pelas Superintendências das Regiões de Saúde (SRS), progressivamente, priorizando-se as áreas de maior vulnerabilidade social.

Art. 5º As GSAP que não tiverem número suficiente de servidores para composição de equipe Nasf-AB, poderão formar equipes de transição para Nasf-AB.

§ 1º Cada equipe Nasf-AB de transição deverá ser constituída por no mínimo 120 horas de trabalho, de no mínimo três especialidades distintas, previstas na composição de equipe Nasf-AB, conforme disponibilidade na Região.

§ 2º A carga horária total por especialidade na equipe Nasf-AB de transição não deverá ultrapassar 40 horas por semana.

§ 3º Cada equipe transitória ficará vinculada a 4 (quatro) equipes de saúde da família de acordo com os planos da SRS, ampliando para os parâmetros da Portaria nº 489/2018, quando a composição contar com a carga horária mínima para Nasf-AB tipo 1.

§ 4º O processo de trabalho das equipes de transição se submeterá aos preceitos estabelecidos pela Portaria SES/DF nº 489/2018, respeitadas os limites impostos pela carga horária total disponível no Nasf-AB de transição.

Art. 6º Os Superintendentes das Regiões de Saúde apresentarão à Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) da Secretaria de Estado de Saúde o dimensionamento do pessoal da Atenção Primária para formação de equipes Nasf-AB, em articulação com a Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SG/GEPI), e o plano de estruturação das equipes Nasf-AB, no prazo de 20 (vinte) dias.

Parágrafo único. O plano de estruturação deverá ser analisado e aprovado pelo Coordenador da COAPS e o Secretário de Estado de Saúde.

Art. 7º Todas as equipes de transição deverão ser implantadas como equipes Nasf-AB tipo 1 no prazo máximo de um ano, contado da formação da equipe de transição, com provimento de pessoal quando necessário e a critério da administração.

§ 1º Após o prazo previsto no caput, as equipes de transição que não foram implantadas como equipes Nasf-AB tipo 1 serão desfeitas e seus profissionais serão removidos para outros níveis de atenção ou para outras equipes Nasf-AB já existentes, respeitadas as normativas da Portaria SES/DF nº 489/2018, e de acordo com o plano das SRS, após validação junto à COAPS.

Art. 8º Caberá ao Superintendente da Região de Saúde, em parceria com a Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde, organizar a vinculação das equipes de Saúde da Família à equipe Nasf-AB ou equipe de transição para Nasf-AB, de modo a obedecer aos parâmetros previstos na Portaria SES/DF nº 489/2018.

Art. 9º Todas as movimentações de servidores previstas nesta Portaria, exceto as realizadas

01.903.002.214F	SERVICIOS ASSISTENCIAIS CLINICOS EM ATENÇÃO PRIMARIA						
040. 00010. 2540	SERVICIOS ASSISTENCIAIS COMPLEMENTARES EM SAÚDE (ACS-DISTRITO FEDERAL)						
01.903.002.2000	TRATAMENTO MÉDICO REALIZADO (UNIDADES F)	99	11.06.02	0	000	48.373	48.370
040. 00040. 0000	MANUTENÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS						
01.903.002.2000	MANUTENÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS MEDICOS HOSPITALARES (DISTRITO FEDERAL)						
040. 01347. 0000	EQUIPAMENTO MANUTENÇÃO (UNIDADES F)	99	11.06.02	0	000	147.304	147.304
01.903.002.2000	MANUTENÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS						
040. 01347. 0000	MANUTENÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS DE SUPORTE (DISTRITO FEDERAL)						
01.903.002.4100	EQUIPAMENTO MANUTENÇÃO (UNIDADES F)	99	11.06.02	0	000	423	427
01.903.002.4100	TRATAMENTO MÉDICO DE ACÇÕES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE						
040. 00047. 0000	TRATAMENTO MÉDICO DE ACÇÕES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE (ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR - DISTRITO FEDERAL)						
01.903.002.4100	INTERAÇÃO REALIZADA (UNIDADES F)	99	11.06.02	0	000	064.310	
ANEXO I	DEPENSA						65.170

ALTERAÇÃO DE QTD	ACRÉSCIMO	DOCUMENTO REGULADOR SOCIAL
		RECURSOS DE TODAS AS FONTES

ESPECIALIDADE	RECURSOS	UNIDADE	DETALHADO	TOTAL		
01.903.002.4200	TRATAMENTO MÉDICO DE ACÇÕES DE ATENÇÃO EM SAÚDE	99	11.06.02	0	1.120.040	1.194.431
040. 00070. 0000	TRATAMENTO MÉDICO DE ACÇÕES DE ATENÇÃO EM SAÚDE (ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR - DISTRITO FEDERAL)					
01.903.002.4100	EQUIPAMENTO REALIZADA (UNIDADES F)	99	11.06.02	0	1.06	104.020
01.903.002.4100	ATENÇÃO À SAÚDE SOCIAL					400.020
040. 00070. 0000	ATENÇÃO À SAÚDE SOCIAL (ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR - DISTRITO FEDERAL)					
01.903.002.4100	EQUIPAMENTO REALIZADA (UNIDADES F)	99	11.06.02	0	1,00	4,000
01.903.002.2000	TRATAMENTO MÉDICO DE ACÇÕES DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL (DISTRITO FEDERAL)					
040. 01141. 0000	VIGILÂNCIA AMBIENTAL REALIZADA (UNIDADES F)	99	11.06.02	0	1,00	65,000
TOTAL GERAL					TOTAL	2.206.472

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/secretaria/delimit>, pelo código 30102018052500005

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

dentro da mesma Região de Saúde, serão encaminhadas à SUGEP, que as realizará com prioridade, considerando a necessidade de otimização da força de trabalho.

Art. 10. Ficam proibidas novas lotações e remoções para unidade básica de saúde de qualquer servidor das especialidades citadas no Art. 1º, a não ser para a composição de equipes Nasf-AB, em conformidade com a Portaria nº 489, de 2018, ainda que tenham restrições laborais.

§ 1º Ficam excluídos do disposto no caput lotações e remoções de farmacêuticos em número suficiente para perfazer 40 (quarenta) horas por GSAP.

§ 2º Em caso de comprovada necessidade do serviço, o Secretário de Estado de Saúde poderá excepcionalizar as regras previstas neste artigo, mediante requerimento justificado do Superintendente da Região de Saúde.

Art. 11. Revoga-se a Portaria nº 488, de 25 de maio de 2018, publicada no DODF nº 100, de 25 de maio de 2018.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

ANEXO I

FORMULÁRIO DE OPÇÃO POR PARTICIPAÇÃO EM EQUIPE DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (Nasf-AB)

Fu, (nome do servidor), (matrícula do servidor), ocupante do cargo de (cargo do servidor), especialidade (especialidade do servidor), admitido na SES em (data da posse), atualmente lotado na (lotação do servidor), venho exercer a opção prevista no art. 1º da Portaria nº 489/2018, por livre escolha, por compor equipe Nasf-AB.

Ao assinar o presente termo, declaro que tenho conhecimento do inteiro teor das Portarias nº 489 e 496, de 2018, especialmente de que:

I - os membros da equipe Nasf-AB têm a obrigação de participar integralmente do processo de trabalho previsto na Portaria nº 489/2018;

II - os membros da equipe Nasf-AB devem atuar conjuntamente com as equipes de saúde da família a que estão vinculados conforme Portaria nº 489/2018;

III - os membros da equipe Nasf-AB devem realizar o conjunto de ações descritas no anexo II, Portaria nº 489/2018;

IV - todas as equipes Nasf-AB de transição serão transformadas, no prazo de um ano, em equipes Nasf-AB tipo I;

V - todos os profissionais que optarem por compor equipe Nasf-AB poderão ser distribuídos dentro da Região de Saúde ou em outras Regiões a fim de compor o maior número possível de equipes consistidas;

VI - todos os servidores da Atenção Primária que por qualquer motivo não quiserem compor equipe Nasf-AB serão removidos para outros níveis de atenção, não necessariamente na mesma Região de Saúde, respeitadas as atribuições do cargo e da especialidade, o interesse público e a necessidade da população.

SEÇÃO II

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO

PORTARIA DE 22 DE MAIO DE 2018

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL, no uso de suas atribuições regimentais e tendo em vista o disposto no Parágrafo único, do artigo 128, da Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011, e a Instrução Normativa nº 1, de 14 de maio de 2014, alterada pela Instrução Normativa nº 01, de 15 de fevereiro de 2016, RESOLVE: SUSPENDER, por necessidade de serviço, o usufruto de férias do servidor JUSCELINO DA SILVA SANTANA, matrícula 35.929-7, referente ao exercício 2018, marcadas para o período de 03/03/2018 a 03/02/2018; ficando assegurado ao servidor a frução nos períodos de 05/01/2018 a 17/01/2018 e de 05/11/2018 a 21/11/2018.

JULIO GREGÓRIO FILHO

PORTARIAS DE 24 DE MAIO DE 2018

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 1º do Decreto nº 23.212, de 06 de setembro de 2002, RESOLVE:

AUTORIZAR a Reassunção de exercício a CARLA ALBUQUERQUE DE SOUZA, matrícula nº 0175.638-9, Professora de Educação Básica, a partir de 02/05/2018, processo 080.013200/2016, considerando que se encontra licenciada nos termos do artigo 144 da Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011.

AUTORIZAR a Reassunção de exercício a ANDRE RODRIGUES SILVA, matrícula nº 0214.520-0, Professor de Educação Básica, a partir de 07/05/2018, processo 469.000331/2013, considerando que se encontra licenciado nos termos do artigo 144 da Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011.

AUTORIZAR a Reassunção de exercício a ILAIR REMO GOMES VIEIRA, matrícula nº 027.967-6, Agente de Gestão - Conservação e Limpeza, a partir de 04/04/2018, processo 0473.000541/2012, considerando que se encontra licenciado nos termos do artigo 144 da Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011.

AUTORIZAR a Reassunção de exercício a RODOLFO CARVALHO BRANCO CALVILLO, matrícula nº 221.078-9, Técnico em Gestão Escolar - Administrativa, a partir de 12/03/2018, processo 080.011852/2016, considerando que se encontra licenciada nos termos do artigo 144 da Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições regimentais e em conformidade com o art. 144 da Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011, RESOLVE: AUTORIZAR, a Licença Para Tratar de Interesse

Particular à SAMARA LEITE BRITO MEIRA, matrícula 226.733-0, Professor de Educação Básica, a partir de 28/05/2018, conforme Processo SEI nº 00080-00052195/2018-12.

JULIO GREGÓRIO FILHO

PORTARIA Nº 142, DE 25 DE MAIO DE 2018

Institui Comissão Central e Comissão Regional para Acompanhamento do Processo de Realização do Circuito Ciências de 2018.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL, no uso de suas atribuições legais, conforme prevê o artigo 105, parágrafo único, inciso III, da Lei Orgânica do Distrito Federal, o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, aprovado pelo Decreto nº 38.631, de 20 de novembro de 2017,

CONSIDERANDO a necessidade de organizar a realização do Circuito Ciências do ano de 2018 nas etapas Regionais e Distrital nos períodos de 27 de agosto a 06 de setembro de 2018 para etapa Regional e 16 de outubro a 19 de outubro de 2018 para etapa Distrital; e CONSIDERANDO a importância desse instrumento para o desenvolvimento do conhecimento científico e tecnológico, socializando as vivências interdisciplinares e/ou inovadoras realizadas pelos estudantes no âmbito das Unidades Escolares, RESOLVE:

Art. 1º Instituir Comissão Central e Comissão Regional para Acompanhamento do Processo de Realização do Circuito Ciências de 2018 nas etapas Regionais e Distrital no âmbito da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal.

Art. 2º Compete à Comissão Central:

I - Elaborar Regulamento que normatize o Circuito Ciências de 2018;

II - Articular parcerias com órgãos da administração pública e privada para realização das atividades inerentes ao Circuito de Ciências de 2018 quando existir a necessidade e possibilidade dentro da legislação vigente;

III - Divulgar amplamente o evento em todas as CRE; bem como auxiliar a Assessoria de Comunicação da SEEDF com informes do Circuito Ciências a fim de subsidiar as mídias internas e externas;

IV - Orientar e auxiliar as CRE/UNIEB nas atividades do Circuito de Ciências no desenvolvimento da Etapa Regional e da Etapa Distrital;

V - Orientar quanto à infraestrutura, logística e alimentação necessária para a realização da Etapa Distrital;

VI - Receber as inscrições dos trabalhos selecionados para a Etapa Distrital, de acordo com os prazos estipulados no Regulamento do Circuito de Ciências de 2018;

VII - Selecionar os avaliadores, para a Etapa Distrital, conforme o Regulamento do Circuito de Ciências de 2018;

VIII - Divulgar os resultados da Etapa Regional e da Etapa Distrital no site eletrônico da SEEDF;

IX - Executar ações dentro do que estipula o Regulamento do Circuito de Ciências de 2018 e demais ações que se apresentarem necessárias para a realização da Etapa Distrital obedecendo à legislação vigente;

X - Organizar o cronograma da Etapa Regional junto a Comissão Regional e representar a Comissão Central na realização das atividades do Circuito de Ciências no âmbito regional.

Art. 3º Compete à Comissão Regional:

I - Participar das reuniões propostas pela Comissão Central para dar tratativas em relação à realização do Circuito de Ciências de 2018 etapas Regional e Distrital;

II - Divulgar, incentivar e fomentar a realização da Etapa Local e da Etapa Regional em nível de sua CRE;

III - Subsidiar pedagogicamente as Unidades Escolares para a elaboração dos projetos de ciência para participar do Circuito de Ciências de 2018;

IV - Auxiliar as Unidades Escolares para procederem com as inscrições na Etapa Regional;

V - Selecionar avaliadores para a Etapa Regional conforme o Regulamento do Circuito de Ciências de 2018;

VI - Garantir que a avaliação seja realizada conforme o Regulamento do Circuito de Ciências de 2018 e as Diretrizes de Avaliação para as aprendizagens da SEEDF;

VII - Divulgar a listagem dos trabalhos selecionados, por meio de formulário próprio (a ser disponibilizado pela Comissão Central), após encerramento e avaliação dos trabalhos na Etapa Regional;

VIII - Fornecer informações e orientações aos expositores em todas as etapas do Circuito de Ciências de 2018;

IX - Orientar estudantes e professores vinculados à respectiva CRE na elaboração, na montagem e na apresentação dos trabalhos a serem expostos nas etapas do Circuito de Ciências de 2018 segundo as orientações do Regulamento do Circuito de Ciências de 2018;

X - Organizar e subsidiar o deslocamento oferecido aos estudantes e aos professores orientadores para participação na Etapa Regional e na Etapa Distrital;

XI - Organizar e distribuir a merenda para os expositores (estudantes e professores) durante a Etapa Distrital do Circuito de Ciências de 2018 em todos os turnos.

Parágrafo Único: Está vedada a participação dos representantes da Comissão Central no processo de avaliação da Etapa Regional.

Art. 4º A Comissão Central será composta por 13 (treze) membros titulares e 13 (treze) membros suplentes, conforme a seguir: 01 (um) titular e 01 (um) suplente da SUBEB/SE-