

ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO - FIOCRUZ BRASÍLIA

GEORGIA SILVA E ANDRÉA BORGHI MOREIRA JACINTO

**ENTRE CENAS E CAMPOS: saúde coletiva e participação social no contexto da conversão
da atenção primária no Distrito Federal**

**BRASÍLIA – DF
2018**

GEORGIA SILVA E ANDRÉA BORGHI MOREIRA JACINTO

ENTRE CENAS E CAMPOS: saúde coletiva e participação social no contexto da conversão da atenção primária no Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Fiocruz Brasília para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadores: Maria do Socorro de Souza e Armando Martinho Bardou Raggio

BRASÍLIA – DF
2018

Silva, Georgia

Entre cenas e campos: saúde coletiva e participação social no contexto da conversão da atenção primária no Distrito Federal / Georgia Silva; Andréa Borghi Moreira Jacinto. -- Brasília, 2018.

59 f. : il

Orientadores: Maria do Socorro de Souza; Armando Martinho Bardou Raggio.

TCC (Graduação - Saúde Coletiva (especialização)) -- Universidade Federal da Bahia, Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

1. Saúde Coletiva. 2. Antropologia. 3. Participação Social. 4. Controle Social. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Silva, Georgia. II. Jacinto, Andréa Borghi Moreira. III. Souza, Maria do Socorro de. IV. Raggio, Armando Martinho Bardou. V. Título.


Andréa Borghi Moreira Jacinto
Georgia da Silva

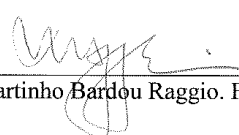
**Entre cenas e campos: Saúde coletiva e participação social no contexto da
Conversão da Atenção Primária no Distrito Federal**


Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Fiocruz de Governo
como requisito parcial para obtenção do
título de especialista em Saúde Coletiva.

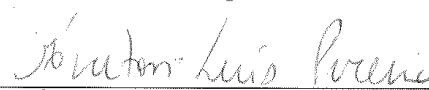
Aprovado em 29/03/2018.


BANCA EXAMINADORA


Ma. Maria do Socorro de Souza. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília


Dr. Armando Martinho Bardou Raggio. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília


Ma. Raquel Vaz Cardoso. Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal


Dr. Éverton Luis Pereira. Universidade de Brasília - UnB


Dra. Muna Muhammad Odeh. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

Com amor para Sofia, Dora e Olivia, nossas meninas.

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde, por apoiar a participação no curso de especialização em saúde Coletiva – Fiocruz.

Aos orientadores Maria do Socorro de Souza e Armando Martinho Bardou Raggio, pela orientação aberta e implicada, pelo carinho e oportunidades de crescimento e trocas.

À professora Tatiana Oliveira Novais, pela generosidade e apoio nos contatos com as redes de São Sebastião.

Aos colegas Ana Carolina Binacet e Pedro Bessa, pela contribuição à formulação do tema deste trabalho.

Aos professores do curso de especialização em saúde coletiva, pelo desafio de fazer algo diferente, e à equipe da Secad, pela solicitude e apoio.

À querida turma do curso de especialização em saúde coletiva – 2018, que fez valer a pena.

Ao Conselho de Saúde e à Rede Intersetorial de São Sebastião, pelos aprendizados e ricos encontros que proporcionaram.

A Wilson Mesquita, pela acolhida e pela disposição em dialogar e pensar em conjunto sobre a participação social no Distrito Federal.

Aos professores Everton Luis Pereira, Muna Muhammad Odeh e Raquel Vaz Cardoso, membros da banca examinadora, por suas leituras cuidadosas e contribuições.

A Isabel Mendes, pela revisão generosa.

A nossas famílias e amigos queridos que compartilharam a feitura deste trabalho.

“Mas, antes de mais, a construção do objecto — pelo menos na minha experiência de investigador — não é uma coisa que se produz de uma assentada, por uma espécie de acto teórico inaugural, e o programa de observações ou de análises por meio do qual a operação se efetua não é um plano que se desenhe antecipadamente, à maneira de um engenheiro: é um trabalho de grande fôlego, que se realiza pouco a pouco, por retoques sucessivos, por toda uma série de correções, de emendas, sugeridos por o que se chama o ofício, quer dizer, esse conjunto de princípios práticos que orientam as opções ao mesmo tempo minúsculas e decisivas”.

Pierre Bourdieu em *O poder simbólico* (2001, p. 26-27)

RESUMO

O trabalho reflete acerca do tema da participação social no processo de conversão da atenção primária à saúde (APS) ao modelo estratégia saúde da família (ESF) no Distrito Federal (*Convert*), iniciado com a publicação das Portarias 77 e 78 em 2017 (BRASÍLIA-DF, 2017a, 2017b). Do ponto de vista teórico-metodológico, adotamos uma abordagem antropológica em saúde coletiva e uma perspectiva que entrelaça análise documental, bibliográfica e vivências em campo. Partimos de uma discussão sobre ética, antropologia e projeto de aplicação em saúde coletiva, buscando apresentar os pressupostos da investigação. Inicialmente, a reflexão acompanhou o primeiro ano da reestruturação da APS, fazendo um breve histórico sobre a atenção primária no Distrito Federal em momentos anteriores, como o relativo ao Programa Saúde em Casa. Em um segundo momento, a partir dos dados levantados pelo trabalho, são apresentadas três cenas sobre a participação social. A primeira se refere ao Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF), a partir da análise das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias durante os anos de 2016 e 2017. A segunda cena parte de uma vivência e do diálogo sobre o tema com representantes do Conselho de Saúde de São Sebastião. E finalmente, como terceira cena, refletimos sobre o processo do *Convert*, a partir de uma vivência com a Rede Intersetorial de São Sebastião. Este percurso de trabalho trouxe, à leitura do processo da *Conversão*, a visão sobre um “drama social” em curso, a importância da discussão sobre identidade social para as novas configurações territoriais das Regiões de Saúde e da ESF e a potência das redes locais de políticas públicas para contribuir com esse processo. Acreditamos que sejam aprendizados importantes sobre o papel necessário e fundamental da participação social na consolidação e sustentabilidade da conversão da atenção primária ao modelo da estratégia saúde da família no Distrito Federal.

Palavras-chave: Antropologia, saúde coletiva, participação social, controle social, atenção primária à saúde, redes de políticas, Distrito Federal.

ABSTRACT

The paper reflects on the theme of social participation in the process of primary attention conversion to the family health strategy model in the Federal District (*Convert*), initiated with the publication of ordinances 77 and 78, in 2017. From a theoretical and methodological point of view, it presents an anthropological approach in collective health, articulating documentary and bibliographic analysis, and fieldwork. The text starts from a discussion about ethics, anthropology, and application project in collective health, seeking to present the assumptions of the investigation. Initially, the reflection followed the first year of the reorganization of primary attention in health, making a brief history about primary care in the Federal District in previous moments, such as the one related to the *Saúde em Casa* Program. In a second moment, from the data collected by the fieldwork, the text presents three scenes on social participation. The first one refers to the Health Council of the Federal District (CSDF), based on the analysis of the minutes of ordinary and extraordinary meetings during the years 2016 and 2017. The second scene starts with an experience and dialogue on the primary attention conversion with representatives of the Health Council of São Sebastião. Finally, as a third scene, the work reflects on the process of conversion based on an experience with the São Sebastião Intersectoral Network. This work itinerary brought to the reading of the conversion process the vision about an ongoing “social drama”, the importance of the discussion on social identity for the new territorial configurations of the Health Regions and the family health strategy (ESF), and the power of local public policy networks to contribute to this process. Those are important lessons about the necessary and fundamental role of social participation in the consolidation and sustainability of the conversion of primary health care to the family health strategy model in the Federal District.

Keywords: Anthropology, collective health, social participation, social control, health primary attention, policies networks, Federal District.

LISTA DE SIGLAS

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS – Atenção primária à saúde
Caps – Centro de Atenção Psicossocial
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CNS – Conselho Nacional de Saúde
Coaps – Coordenação de Atenção Primária em Saúde
Conep – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSDF – Conselho de Saúde do Distrito Federal
DF – Distrito Federal
Diraps – Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde
Disam – Diretoria de Saúde Mental
ESF – Estratégia saúde da família
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
GDF – Governo do Distrito Federal
MS – Ministério da Saúde
Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OS – Organizações Sociais
PSC – Programa Saúde em Casa
PSF – Programa Saúde da Família
RAG – Relatório Anual de Gestão
Raps – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
Rema – Plano de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal
RH – Recursos humanos
RSL – Redes sociais locais
Samu – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Sindate-DF – Sindicato dos Auxiliares e Técnicos em Enfermagem do Distrito Federal
Sindenfermeiro-DF – Sindicato dos Enfermeiros do DF
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Uerj – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Imagem de página eletrônica sobre o <i>Convert</i>	22
Figura 2 – Imagem da página eletrônica do Sindate-DF	23
Figura 3 – Imagem da página eletrônica do Sindfermeiro-DF	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 APRESENTANDO O OBJETO E OS OBJETIVOS DESTA TRABALHO.....	10
2 DESENVOLVIMENTO E MÉTODO.....	13
2.1 O CONTEXTO DE PESQUISA E A ENTRADA NO CAMPO: reflexões sobre método, ética e a formulação do objeto.....	13
2.2 SAÚDE PÚBLICA, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PARTICIPAÇÃO EM TRÊS CENAS: sobre conselhos, regiões e redes.....	18
2.2.1 Saúde pública no DF.....	19
2.2.2 Cena 1: Conselho de Saúde do Distrito Federal	25
2.2.3 Cena 2: Conselho de Saúde de São Sebastião.....	34
2.2.4 Cena 3: Rede Intersetorial de São Sebastião.....	41
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O PROJETO DE APLICAÇÃO.....	46
REFERÊNCIAS.....	49
LEGISLAÇÃO E MARCOS NORMATIVOS.....	52
ANEXOS.....	54
ANEXO A.....	55

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTANDO O OBJETO E OS OBJETIVOS DESTA TRABALHO

A abordagem em saúde coletiva exige de seus artesãos um grau de transversalidade e interdisciplinaridade com diferentes campos de conhecimento e práticas (PAIM, 2000). Os três subcampos — epidemiologia, ciências sociais e humanas em saúde, e políticas, planejamento e gestão em saúde — constituintes da saúde coletiva, possuem perspectivas epistemológicas distintas e assim se constituem como campos narrativos sobre o processo saúde e doença de modos diferentes, conferindo, ao campo da produção de conhecimento em saúde coletiva, colaborações e disputas entre atores, modos de fazer e perceber objetos e sujeitos (OLIVEIRA 1998; BOURDIEU, 2001).

Colocamo-nos na interface em ciências sociais e humanas em saúde, com olhar permeado pela formação disciplinar da antropologia e pela experiência laboral em gestão de políticas públicas e saúde. Pretensiosamente, desejamos construir um texto que apresenta reflexões acerca do campo das ciências humanas e saúde e os tensionamentos com os outros campos produtores da chamada saúde coletiva, a partir de nossa experiência formativa no curso de especialização em saúde coletiva da Fiocruz/Brasília. Com discussões sobre método, esperamos que essa reflexão possa trazer luz ao nosso projeto de interlocução com a saúde pública no Distrito Federal (DF).

O objeto de reflexão e análise envolve o tema da participação social no contexto da chamada conversão da atenção primária à saúde (APS) ao modelo da estratégia saúde da família (ESF), também conhecida localmente como *Convert*¹. Trata-se de um processo complexo, que envolve mudanças profundas, do ponto de vista da gestão, dos processos de trabalho dos profissionais, da atenção e do acesso à saúde pela população do Distrito Federal.²

O trabalho acompanhou parte do processo em seu primeiro ano de implantação e buscou recuperar o contexto de sua formulação, principalmente por meio documental. Como exercício etnográfico, tentamos observar e compreender questões relativas à participação social, inicialmente sob o viés dos Conselhos Locais de Saúde da Região Leste³.

¹ Com a publicação das Portarias nº 77 e 78, de 14 de fevereiro de 2017, o governo do Distrito Federal deu início ao processo de ampliação da atenção primária à saúde do Distrito Federal no modelo da estratégia da saúde da família.

² Para um debate mais aprofundado sobre a atenção primária à saúde, ver GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

³ Conselho de Saúde de São Sebastião e Conselho de Saúde do Paranoá.

As vivências de campo ocorreram no segundo semestre de 2017, com aproximações junto ao Conselho de Saúde do Distrito Federal, Conselho de Saúde de São Sebastião e Rede Social Local de São Sebastião. Nosso olhar também foi composto por uma observação mais difusa, a partir do debate público a respeito do *Convert* em espaços acadêmicos e institucionais, nas mídias e na vida cotidiana como moradoras do DF.

Esse percurso permitiu uma reflexão sobre participação social em diferentes perspectivas. De um ponto de vista mais aberto, procuramos observá-la como “participação ampla de cidadãos em processos decisórios em uma dada sociedade” (STOTZ, 2008, p. 293) participação “da gestão dos interesses coletivos” (CARVALHO, 1998), o que abriu para a consideração de espaços menos formalizados e normalizados em relação ao debate sobre a saúde pública, espaços como as redes locais, que configuram outros desenhos e direções nas relações entre cidadãos e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), profissionais de saúde e gestores públicos, além de outros atores possíveis.

De um ponto de vista mais formal, o trabalho também considerou a participação social no sentido do controle social formulado pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990a), que atribui aos Conselhos de Saúde a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, reconhecendo um espaço formal e responsabilidades específicas atribuídas, nesse contexto, aos diferentes setores que envolvem trabalhadores da saúde, cidadãos e usuários do SUS e gestores.

Assim, cidadãos e usuários do SUS também produziram narrativas sobre a nova proposta de territorialidade dos serviços e modelo de atenção⁴, mas pouco se falou sobre como o debate público e as tomadas de decisão na gestão sobre o modelo em saúde se desenvolveram no decorrer de 2017. Em um momento próximo à publicação das Portarias, foi possível acompanhar, no debate público, tensionamentos sobre espaços de atuação entre classes profissionais, modelos relacionados à produção de cuidado e perspectivas de território e territorialidade. Foi também realizado o levantamento das atas de reuniões disponíveis na página eletrônica do Conselho de Saúde do Distrito Federal, o que permitiu uma leitura mais panorâmica das relações entre controle social e gestão entre 2016 e 2017.

Este trabalho, em um exercício transversal e multissituado, ainda abrange o tema da participação a partir de uma reflexão teórica-metodológica sobre a produção de conhecimentos no campo da saúde coletiva, em um viés da antropologia, e de nossa atuação

⁴ No portal Guardian DF, em 27 de fevereiro de 2017, Elton Santos apresentou a proposta da estratégia saúde da família, dando explicações sobre alguns pontos que suscitavam dúvidas a respeito do projeto governamental. No blog Política Distrital, Kleber Karpov (2017) faz um relato sobre a proposta de reorganização dos serviços no Distrito Federal.

profissional no campo da gestão pública em saúde. Uma das questões enfrentadas pelas autoras deste trabalho nasceu da orientação de que os trabalhos de conclusão do curso de especialização em saúde coletiva deveriam ter necessariamente uma inserção no território, no formato de um projeto de “aplicação para apoio ao SUS”, tendo a pesquisa-ação como um de seus fundamentos (FIOCRUZ, 2017, p. 28). Assim, o objeto referente à participação conduziu a outro objetivo específico, o de problematizar essa inserção no campo, buscando-se pensar a respeito de alguns dilemas metodológicos e éticos enfrentados pelo trabalho, e desse modo, sobre a “participação” do próprio trabalho no campo.

O trabalho tem como ponto de interesse específico a participação social, mirada a partir de algumas perspectivas: do Conselho de Saúde do Distrito Federal, da Região Leste de Saúde e de alguns atores que vivenciam a Região Administrativa XIV do Distrito Federal, São Sebastião, em espaços ocupados pelo controle social do mesmo território — o Conselho de Saúde de São Sebastião e a Rede Intersetorial de São Sebastião. Pretendemos também, em uma meta-análise, refletir a respeito de como os diálogos produzidos pelo trabalho podem ampliar a compreensão sobre esses processos, incluindo a Fiocruz como unidade de ensino e extensão e ator no campo das relações sociopolíticas no Distrito Federal.

Entendemos que uma das condições para a consolidação e sustentabilidade do projeto de conversão da APS no DF — inclusive ao longo de diferentes gestões, como um projeto de Estado — depende do entendimento e engajamento que a população do Distrito Federal pode ou não ter em relação a esse processo. Acompanhar a participação social em etapas iniciais pode contribuir para compreendermos de que modo ela tem ocorrido, entre quais segmentos, de que forma, e se há condições efetivas de interferir e ser parte constitutiva de gestão da saúde, como prevê a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

2 DESENVOLVIMENTO E MÉTODO

2.1 O CONTEXTO DE PESQUISA E A ENTRADA NO CAMPO: reflexões sobre método, ética e a formulação do objeto

Esta seção recupera o processo de formulação deste trabalho, procurando explicitar algumas de suas bases e condicionantes. Do ponto de vista metodológico, inicialmente o trabalho visava ao desenvolvimento de pesquisa empírica com abordagem antropológica, que privilegiasse experiências etnográficas e observação participante⁵, junto ao levantamento documental e bibliográfico. A perspectiva pretendida buscava a construção de uma análise e interpretação da participação social a partir dos territórios de saúde selecionados, seus atores sociais, suas práticas e vivências nos contextos dos conselhos locais de saúde. A ideia inicial era partir da Região Leste de Saúde, formada pelas regiões administrativas de Paranoá, São Sebastião, Jardim Botânico e Itapoã.

Nesse viés, e como ponto de partida, consideramos importante ressaltar que, a partir das ciências sociais e da antropologia, entendemos a construção do objeto de modo processual e relacional, ou seja, numa perspectiva em que as escolhas sobre teoria e método não se dão de modo automático e preconcebido, mas se articulam às questões formuladas, ao contexto estudado e aos sujeitos e grupos implicados pela pesquisa, tanto quanto à própria posição dos pesquisadores,⁶

Para a formulação da proposta, como mencionado na *Introdução*, foi também determinante a orientação institucional de que os trabalhos de conclusão do curso (TCC) de Especialização em Saúde Coletiva tenham necessariamente uma inserção no território, no formato de um projeto de “aplicação para apoio ao SUS”, tendo a pesquisa-ação como um de seus fundamentos (FIOCRUZ, 2017, p. 28)⁷.

⁵ Em relação à história da antropologia e ao método etnográfico, ver CLIFFORD, James. *A experiência etnográfica*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002; DA MATTA, Roberto. *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Rocco, 2000; EVANS-PRITCHARD, Edward. Evan. Algumas reminiscências e reflexões sobre o trabalho de campo. In: EVANS-PRITCHARD, Edward. Evan. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. p. 298-398; MALINOWSKI, Bronislaw. Introdução: tema, método e objetivo desta pesquisa. In: MALINOWSKI, Bronislaw. *Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Abril Cultural, 1978. p. 17-34; OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. *O trabalho do antropólogo*. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Unesp, 1998.

⁶ Ver BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

⁷ No *Guia para o projeto aplicativo de apoio ao SUS*, outro material de apoio ao curso, o projeto aplicativo se caracteriza “por uma interação entre pesquisadores (estudantes e docentes) e pessoas (do território) implicadas na situação temática; – Desta interação surge a priorização de problemas ou situações que exigem mudanças, e desenho das soluções a serem encaminhadas; – O objeto de investigação é constituído pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontradas nessa situação; – O objetivo consiste em esclarecer os problemas da situação observada e propor mudanças de forma participativa; – Há, durante o processo, um

Por um lado, essa orientação reforçava a proposta de trabalhos implicados com o território⁸, mais próximos às realidades locais, e que trouxessem contribuições efetivas à saúde pública do DF. Por outro lado, durante o processo do curso, houve debates e dúvidas sobre o que seria essa aplicação ou ‘intervenção’ — noção também bastante acionada nos diálogos acadêmicos entre docentes e discentes a respeito do TCC. Uma das questões levantadas nesse sentido era sobre a perspectiva da “participação” ao se construir uma proposta de aplicação ou de intervenção para apoio ao SUS. O que é estar no território? A qual território pertencem? Quem deve participar dessa construção? Como ela deve ser feita? Ela pode ser elaborada somente pelos pesquisadores, mesmo em um exercício, prescindindo do diálogo com pessoas que seriam diretamente afetadas pela intervenção, fossem elas gestores, profissionais ou usuários do SUS?

Outras questões condicionantes durante a elaboração da proposta se referiram à submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), à necessidade ou não de submissão da proposta como condição de realização do trabalho e a quanto tempo duraria o processo avaliativo, considerando o período de cerca de cinco meses que teríamos para desenvolver e concluir o trabalho.

Nesse ponto, é interessante fazer uma pequena digressão. Retomando as relações entre campos de conhecimento que compõem a saúde coletiva, cabe trazer uma breve contextualização histórica do debate sobre os comitês de ética em pesquisa no Brasil, particularmente do ponto de vista das relações entre ciências biomédicas e ciências humanas e sociais. Um marco nesse sentido foi a publicação, em 1996, das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos — Resolução nº 196/1996 (BRASIL, 1996), do Ministério da Saúde (MS), e a atuação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).

Desde esse período, do ponto de vista da antropologia e das ciências sociais, abriu-se um campo de debate que, por um lado, reconheceu a importância do papel da Conep e das diretrizes sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Por outro lado, o debate apontou

acompanhamento das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação; – O projeto não se limita a desenhar conjuntamente uma forma de ação (risco de ativismo) e sim aumentar o conhecimento dos pesquisadores, das pessoas e dos grupos considerados acerca da situação; – Como se trata de projeto, não se vincula, necessariamente, com sua implantação no período de desenvolvimento da especialização”.

⁸ “O território é abordado como uma categoria compreensiva, que considera as relações sociais desenvolvidas pelos grupos humanos em um determinado espaço, principalmente as relações de poder, em suas implicações constitutivas de práticas sociais. Neste sentido, o conceito de território remete à propriedade, apropriação e delimitações de domínio, por meio dos quais a organização espacial reveste-se de atributos simbólicos. A título de síntese, pode-se dizer que o território é o locus privilegiado da política em seu sentido mais amplo, reunindo a dimensão natural, as características físico-espaciais-demográficas e as determinações políticas, jurídicas, econômicas, administrativas e de poder” (FIOCRUZ, 2017).

também um viés das diretrizes, moldado principalmente pelos princípios e práticas de ciências naturais e biomédicas a respeito de pesquisa e das relações com sujeitos de pesquisa, o que estaria também associado ao fato de a Comissão ter sido criada no âmbito do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Um dos argumentos levantados por antropólogos nesse debate, no início dos anos 2000, foi a distinção que deveria ser feita entre a *pesquisa em seres humanos* — no caso das ciências naturais — e a *pesquisa com seres humanos*, mais característica das ciências sociais.⁹ A *pesquisa em seres humanos* estaria mais atrelada às lógicas de intervenção e experimentação, marcadas também por um distanciamento maior entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, enquanto a *pesquisa com seres humanos* dependeria também de relações e dos diálogos construídos entre esses dois atores, inclusive no campo subjetivo, e incluiria essas condições no próprio processo de construção do objeto de conhecimento.¹⁰

Passados mais de vinte anos da publicação das Diretrizes, com a consolidação do Sistema CEP/Conep, e o reconhecimento mais amplo da importância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ainda persistem tensões no debate sobre a regulamentação da ética em pesquisa em ciências humanas e sociais, envolvendo conflitos entre campos de conhecimento.

Em 2014, por exemplo, Luiz Antonio de Carlos Santos, professor associado do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), publicou em carta à revista *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, uma crítica aos comitês de ética em pesquisa, cuja atuação revelaria confusões frequentes entre metodologia e ética, o desconhecimento sistemático das condições e condutas inerentes às pesquisas em ciências sociais e humanas e uma equívoca classificação de pesquisas em ciências sociais e humanas, “como se fossem estudos clínicos, pesquisas sobre genética, uso de placebo ou experimentos laboratoriais com humanos” (SANTOS, 2014). Sua carta também relata as intervenções políticas de associações profissionais no campo das ciências sociais e da antropologia para construir um diálogo com a Conep e a busca de uma regulamentação mais específica para as pesquisas em ciências humanas.

⁹ Ver VICTORIA, Ceres et al. (org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF, 2004.

¹⁰ Os debates a respeito, em suas múltiplas faces, podem ser conferidos em várias publicações dos últimos vinte anos. Entre elas: SARTI, Cynthia; DUARTE, Luís Fernando Dias (org.). *Antropologia e ética: desafios para a regulamentação*. Brasília, DF: ABA, 2013; SILVA, Telma Camargo (org.). *Ciclo de estudos e debates: procedimentos éticos e a pesquisa em antropologia*. Goiânia: Punape/UFG, ABA, 2014; FLEISCHER, Soraya; SCHUCH, Patrice (org.). *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica*. Brasília: Letras Livres; UNB, 2010.

Como resultado dessas críticas e esforços, foi publicada a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, que incorporou e respondeu algumas dessas questões, procurando dispor

sobre as normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução (BRASIL, 2016).

No entanto, apesar da Resolução nº 510/2016, o debate sobre a regulamentação da pesquisa em ciências sociais e humanas ainda guarda desencontros entre ciências biomédicas, ciências humanas e sociais e normatização. Como revela o relato do antropólogo Luiz Fernando Dias Duarte, que participou dos esforços do Grupo de Trabalho constituído pelo Conep para tratar do tema, o processo trouxe ganhos, mas ainda várias desconexões ao trabalho das ciências sociais e humanas. Entre ganhos citados, são também elencados limites da normativa e do próprio sistema, “excessivamente vasto e centralizado, com riscos muito altos de burocratização, pouco propício à necessária tarefa reflexiva e educativa que a gravidade e complexidade da matéria exigiria continuamente” (DUARTE apud ABRASCO, 2016).

Um ponto que nos interessa aqui, apontado por Duarte como limitador na Resolução nº 510/2016, refere-se particularmente aos TCCs:

De modo mais localizado, não foi possível encontrar uma fórmula adequada para o problema dos Trabalhos de Conclusão de Curso – TCC, monografias e similares que envolvam pesquisa direta com sujeitos sociais, cujo curto prazo de realização dificilmente se pode adequar ao sistema de registro centralizado, por mais ágil que possa vir a ser (DUARTE, 2017, p. 269).

Fechando a digressão, essa veio a ser justamente uma questão contraditória enfrentada na formulação do problema deste trabalho. Como realizar um TCC com abordagem etnográfica, como resultado da conclusão de especialização em saúde coletiva, que formulasse um projeto de aplicação sem a possibilidade de uma entrada em campo?

Durante o desenvolvimento do curso, foram planejadas, em um de seus eixos, atividades de vivências no território, com o propósito de aproximar os alunos de contextos vividos no Distrito Federal, possibilitando ampliar o olhar sobre a saúde pública. Nessa condição, fizemos três visitas a espaços de participação no DF. Na primeira vivência, apenas de observação e na condição de cidadãs, participamos como ouvintes de uma reunião do Conselho de Saúde do DF. Na segunda vivência, tivemos contato com integrantes do Conselho Local de Saúde de São Sebastião, ocasião em que nos apresentamos e expusemos o

tema de nosso trabalho — participação no contexto do *Convert* —, motivo de nossa visita. A partir desse diálogo, fomos convidadas a participar de uma reunião da Rede Intersetorial de São Sebastião, nossa terceira visita.

Foram vivências pontuais que, em pesquisa etnográfica mais aprofundada, seriam os primeiros contatos para a elaboração de um projeto — uma espécie de pré-campo que apresentou algumas condições do trabalho de pesquisa, atores sociais relevantes e questões que poderiam ter aprofundamento com a continuidade da investigação.

No entanto, em função do calendário e também da impossibilidade de obter a tempo a avaliação do Comitê de Ética nas condições apontadas pela Resolução¹¹, optamos, ainda assim, por discutir essas experiências, mas representando o material colhido com o uso de recursos ficcionais de linguagem¹². Assim, em nossas escolhas narrativas, procuramos não identificar pessoas e participantes, mas sim papéis sociais. Os relatos fazem recortes seletivos de situações apresentadas de modo genérico, mas que possam, ao mesmo tempo, desenhar elementos verossímeis sobre o território, as demandas em saúde, participação social e rede viva, entrelaçando os diálogos realizados entre usuários, trabalhadores da saúde e de outras políticas sociais e gestores.

A dimensão ética do trabalho não deve ser confundida com o protocolo e o trâmite formal de sua avaliação no Comitê — sem desconsiderar a importância e validade desse processo. Ao lembrarmos do sentido que a filosofia moral oferece à ética, encontramos um campo de relações que envolve um sujeito moral em contextos históricos e sociais específicos e em relação a conjuntos de valores. A ética não se confunde com o direito ou a moral, ainda que seja a eles relacionada. Ela é expressão da consciência e da escolha de sujeitos dotados de vontade e liberdade; é também expressão da responsabilidade sobre escolhas e ações e um enfrentamento de seus riscos¹³.

Nesse sentido, como estudantes do curso de especialização em saúde coletiva, mas também como antropólogas e como agentes públicas, tivemos que fazer várias escolhas no nosso trajeto e pesar as possíveis implicações e responsabilidades de nossa singela e pontual

¹¹ Considerando também o fato de ser um trabalho produzido em uma escola de saúde pública e as injunções particulares que esse campo podem impor ao trabalho em ciências sociais. A respeito disso, ver HEILBORN, Maria Luiza. Antropologia e saúde: considerações éticas e conciliação multidisciplinar. In: CERES, Victoria et al. (org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF, 2004. p. 57-64.

¹² GEERTZ, Clifford. *Obras e vidas: o antropólogo como autor*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002; CLIFFORD, James; MARCUS, George E. (org.). *Writing culture the poetics and politics of ethnography*. Berkeley, CA: University of California Press, 1986; CLIFFORD, James. *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.

¹³ Ver MARCONDES, Danilo. *Textos básicos de ética: de Platão a Foucault*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007; CHAUI, Marilena. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 1995.

inserção no campo, motivada pelo estudo da participação no processo de conversão da atenção primária. Algumas dessas situações são descritas adiante, no relato das “cenas”, assim como a apresentação do projeto nas duas vivências que tivemos e suas decorrências no processo. Outra situação descrita se refere à sobreposição de papéis que vivenciamos, uma vez que estivemos no território como estudantes de saúde coletiva e cidadãos do Distrito Federal, e não deixamos de carregar conosco nossos papéis como agentes públicas vinculadas ao Ministério da Saúde e ao governo federal, que guardam relações particulares com o Distrito Federal, como entes autônomos da Federação. Embora não precisássemos evidenciar nossa atuação profissional nos diálogos, eticamente não foi possível omitir essa condição. Essa abertura nos diálogos construídos ganhou uma significação particular na construção do objeto de reflexão.

As duas vivências em São Sebastião ofereceram um horizonte rico de questões que poderiam ter recebido, do ponto de vista da observação participante e da pesquisa, um mergulho muito maior. Porém, elas também mostraram que, para seguir adiante, a formalização do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa e uma clareza maior quanto às relações institucionais envolvidas no âmbito do curso de especialização fortaleceriam a coerência entre o projeto do curso e as condições de possibilidade para o desenvolvimento dos trabalhos discentes e, no nosso caso específico, poderiam contribuir para uma reflexão sobre como lidarmos com algumas ambiguidades advindas da sobreposição de nossos papéis como estudantes, pesquisadoras e agentes públicas. As páginas a seguir relatam de modo mais detalhado algumas dessas questões, ao mesmo tempo em que apresentam o objeto em discussão neste trabalho.

2.2 SAÚDE PÚBLICA, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PARTICIPAÇÃO EM TRÊS CENAS: sobre conselhos, regiões e redes

Esta seção entrelaça alguns objetivos em seu desenvolvimento. Primeiro, faz uma síntese do panorama relativo à atenção básica no Distrito Federal que, localmente, nos discursos institucionais, é nomeada “atenção primária em saúde”. Discorreremos sobre processos desenvolvidos a partir do final dos anos 90 do século passado, buscando contextualizar historicamente a “conversão da atenção primária” a partir da estratégia saúde da família. Em seguida, fazemos uma análise das atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal entre 2016 e 2017 e descrevemos, de modo mais denso, as vivências com encontros e redes acionadas, em três cenas ou diferentes momentos. Junto com isso, procuramos conectar

elementos conceituais e teóricos que permitam o desenvolvimento de uma compreensão sobre como a participação social pode ser observada no primeiro ano do *Convert* no Distrito Federal.

Utilizamos três estratégias para uma compreensão prévia do que havíamos nos proposto a discutir. Num primeiro movimento, a partir de pesquisa bibliográfica, entramos em contato com as Portarias nº 77 e 78 do GDF para entender minimamente o status institucional pelo qual a APS estava sendo pensada no DF, lemos as atas disponíveis no sítio eletrônico do Conselho de Saúde do DF¹⁴ e examinamos, em páginas eletrônicas governamentais, a estrutura dos serviços na Região Leste¹⁵, além de realizar uma rápida leitura sobre controle social e participação social. Um segundo movimento ocorreu nos diálogos com colegas da turma do curso de especialização em saúde coletiva que tinham maior conhecimento da região Leste, seja por pesquisas anteriores nos locais ou por relações de trabalho¹⁶. Por fim, buscamos estabelecer contatos com atores relevantes ao tema da participação social no território da Região Leste e com professores da Fiocruz que desenvolvem pesquisa e/ou atividades de extensão com temáticas nas quais a participação social é a tônica.

Em seguida, lançamo-nos às visitas em três cenas já citadas: Conselho de Saúde do DF, Conselho de Saúde de São Sebastião e Rede Intersetorial de São Sebastião. Após um exercício analítico mais distanciado, com a leitura das atas, à medida que as interações foram se colocando como realidade vivida, a ideia da Região Leste foi se transformando e, com isso, o Paranoá e São Sebastião foram se tornando mais vívidos, pois as experiências ali relatadas já nos traziam elementos interessantes para mirar o contexto de participação social e o *Convert*.

Antes de expormos as experiências dos eventos constituídos, apresentamos brevemente o contexto da saúde pública no DF e a ideia do *Convert*, administrativamente situada.

2.2.1 Saúde pública no DF

As propostas de um modelo de atenção com investimento em tecnologias leves (MERHY, 1997) e nos cuidados primários em saúde enfatizados em Alma-Ata em 1978, a regulamentação do SUS a partir de suas leis e normas operacionais ao fim da década de 1980

¹⁴ Informações disponíveis em: <http://www.saude.df.gov.br/atos-normativos.html>

¹⁵ Informações disponíveis em: <http://www.codeplan.df.gov.br/>

¹⁶ Particularmente, as contribuições dos colegas Ana Carolina Binacet e Pedro Bessa.

e nos anos iniciais da década de 1990, a efervescência sociopolítica com a redemocratização do país e o *impeachment* subsequente do presidente da República em 1992 e a primeira vitória de um partido considerado de esquerda em 1994 no governo do DF são processos que podem ser vistos como cenários possíveis para a idealização de um novo modelo de atenção e gestão na saúde pública do DF.

Do ponto de vista da rede local, o esgotamento real da lógica hospitalocêntrica, a insuficiente oferta da atenção básica para a população, a dependência dos recursos federais para o financiamento da saúde e o número insatisfatório de profissionais (GÖTTEMS, 2010) configuraram algumas cenas que permitiram aos gestores locais pensar em estratégias mais simbióticas à proposta defendida de saúde pública pelo Ministério da Saúde, qual seja, a implantação da atenção básica como porta de entrada e ordenadora do cuidado em saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) estava em construção desde 1991 pelo Ministério da Saúde e em 1994 foi oficialmente implantado como reordenador do modelo assistencial. Todavia, apenas entre 1995 e 1996 foi desenhado o Plano de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal (Rema), que apresentava como diretriz o fortalecimento da atenção primária em saúde no modelo tradicional em centros de saúde, a lógica de distritos sanitários, criação do Fundo de Saúde do DF e fortalecimento do controle social.

O Rema foi criticado em seus resultados de mudanças profundas na gestão da saúde, mas produziu reformas substanciais em problemas estruturais do sistema, permitindo que o Programa Saúde em Casa (PSC) ganhasse corpo e fôlego para ser implantado no DF em 1997 (GÖTTEMS et al., 2009). O PSC tinha como principais metas a ampliação do acesso e a racionalização da oferta e centrava seus esforços na mudança de modelo centrado em especialidades básicas, fortalecendo os profissionais de saúde. Com a formação de uma equipe mínima para atenção a cada mil famílias — médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) —, o PSC implicava a reorganização do trabalho dos centros de saúde que passariam a operar com especialidades, como oftalmologia, complexificando a atuação dos centros.

Dentre os avanços do PSC, reconhece-se a ampliação da cobertura, mas vários fatores impõem à proposta críticas severas, especialmente no que tange à relação entre gestão e profissionais de saúde, que, de acordo com Göttems et al. (2009), resultou na rejeição e não adesão dos profissionais à proposta. Desde o PSC, o debate entre modelo de atenção centrado em unidade tradicional e o PSF já estava em curso.

Entre 1999 e 2002 foi implantado o PSF no DF, evento considerado não bem-sucedido, haja vista a sobreposição de modelos dos centros tradicionais e ESF.

A Atenção Primária à Saúde passa a ser o marco das mudanças na política de saúde, a integrar a pauta de discussões entre profissionais de saúde, a ser objeto de disputas político-partidárias e a justificar a realização de parcerias público-privadas para a gestão do setor. No entanto, não foi capaz de alterar o funcionamento das unidades tradicionais de Atenção Primária à Saúde. Deve-se citar, ainda, o Plano de Conversão da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal para o período 2005-2008, que propõe a adoção dos princípios da Estratégia Saúde da Família para os centros de saúde tradicionais, prevendo-se a implementação paralela de equipes específicas para este fim, sem, todavia, mudanças nos demais níveis de atenção para a organização de uma rede de serviços condizente com a proposta (GÖTTEMS et al., 2009, p. 1416).

Interessa lembrar que, no início dos anos 2000, apareceu um plano de conversão da atenção primária com a perspectiva da estratégia saúde da família. Realizando um salto de aproximadamente uma década, chegamos ao *Convert*, objeto no qual se concentra este trabalho.

Do ponto de vista administrativo, o “novo” processo de conversão se deu a partir da Portaria nº 77, já referenciada. Ela traça a atenção primária à saúde no DF, regendo questões como organização dos serviços, gestão, regulação e acesso. Dentre os inúmeros considerandos que precedem a escrita da Portaria, salta-nos aos olhos a não referência à Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990a), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Todavia, constatamos, no interior desse documento, alguns incentivos à mobilização comunitária e ao controle social¹⁷.

Associada à Portaria nº 77, no mesmo dia foi lançada em Diário Oficial a Portaria 78/2017, que organiza a APS no modelo da estratégia saúde da família. Encontramos cinco notícias divulgadas em dias subsequentes à publicação das portarias, três vinculadas à instância governamental — Agência Brasil da Empresa Brasileira de Comunicação (EBC) — e duas produzidas por organizações sindicais: o Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Distrito Federal (Sindate-DF) e o Sindicato dos Enfermeiros do DF (Sindenfermeiro-DF). Constatamos, na leitura desses textos, uma tensão sobre o projeto do *Convert*, com as organizações sindicais apresentando desde uma visão de descrédito ao processo até apontando processos verticalizados de construção sem esclarecimento do projeto aos trabalhadores. O critério de seleção para disponibilização das notícias obedeceu apenas a publicação virtual de conteúdos referentes ao *Convert* no âmbito da tramitação legal nos dias seguintes à publicação da Portaria.

¹⁷ Art. 10 Compete às Regiões de Saúde, por meio dos respectivos Superintendentes e Diretores de Atenção Primária (DIRAPS) ou seus equivalentes: VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social; Art. 11. São competências comuns à COAPS e às Regiões de Saúde: V - estimular a participação popular e o controle social; Parágrafo único: A participação popular deve ser estimulada pela gestão 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 (BRASÍLIA-DF, 2017b).

Apresentar essas notícias (figuras 1, 2 e 3) objetiva ilustrar a repercussão das portarias, a partir do modo como foram elaboradas. Descreveremos esse caminho no próximo interlúdio, com uma depreensão a partir das Atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal. –

Figura 1 – Imagem de página eletrônica sobre o *Convert*

SAÚDE

15/2/17 10:52 ATUALIZADO EM 5/4/17 ÀS 11:52

Governo fortalece a atenção primária à saúde

Com mudanças definidas em portarias publicadas hoje (15), meta é resolver até 70% dos problemas sem o paciente precisar recorrer às emergências da rede pública. Novidades foram divulgadas em entrevista coletiva nesta manhã

SUÍLO ARRÚJO, DA AGENCIA BRASILIA

A Secretaria de Saúde ampliou a meta de cobertura da Estratégia Saúde da Família no DF até 2018 de 62% para 75%

Uma das mais importantes ações para reduzir a demanda de pacientes nas emergências dos hospitais é fortalecer a atenção básica à saúde na rede pública. Com essa convicção, o governo de Brasília deu o passo mais importante para reformular a porta de entrada da maioria dos doentes que procura assistência no Distrito Federal. Publicada nesta quarta-feira (15) no *Diário Oficial do DF*, a [Portaria nº 77, de 2017](#) estabelece a nova política de atenção primária na capital do País.

A ideia central é fazer com que todas as unidades básicas do setor no DF funcionem com equipes da Estratégia Saúde da Família. As mudanças constituem um conjunto de ações a fim de melhorar os mecanismos de prevenção de enfermidades.

O documento assinado pelo secretário de Saúde, Humberto Fonseca, traz sete diretrizes a serem seguidas para promoção de bem-estar voltado para a família: acolhimento, classificação de risco, resolubilidade, territorialização, acompanhamento, garantia de acesso e ordenação da rede pública.

No acolhimento, a orientação é assegurar que o paciente relate de forma clara seus problemas. A interface entre equipe e usuário do sistema é importante para um direcionamento mais adequado, de acordo com as necessidades diagnosticadas.

"As pessoas vão conhecer suas equipes (de saúde da família), as equipes conhecerão a população, e



Secretário de Saúde, Humberto Fonseca, falou sobre ações para reduzir a demanda de pacientes nas emergências dos hospitais e fortalecer a atenção básica na rede pública. Foto Tony Winston/Agência Brasília

Fonte: Agência Brasil, 15 de fevereiro de 2017.

Figura 2 – Imagem da página eletrônica do Sindate- DF

Secretaria de Saúde 'chove no molhado' aponta Jofran Frejat, em entrevista para o Sindate-DF

Criado por Evelyn Leão Criado em 16/02/2017 Categoria: Na Mídia, Notícias Sem comentários

Na simplicidade e descontração, voz da experiência aponta que, em tempos de crise, erros antigos não precisam ser repetidos

Por Kleber Karpov

O vice-presidente do Sindicato dos Auxiliares e Técnicos em Enfermagem do DF (SINDATE-DF), Jorge Vianna, foi até a casa do 'mago da Saúde do DF', o ex-candidato ao governo do DF pelo PR, ex-deputado federal, ex-secretário de Saúde do DF, o médico, Jofran Frejat, para falar sobre a saúde pública do DF. A visita ocorre após o secretário de Estado de Saúde do DF (SES-DF), Humberto Lucena Pereira de Fonseca, anunciar a migração dos Centros de Saúde (CSs) para utilização no Programa Saúde da Família (PSFs)(15/Fev).

Secretário de Saúde por quatro vezes, duas delas, na gestão do ex-governador Joaquim Roriz, Frejat é considerado, quase por unanimidade entre os servidores da SES-DF, o melhor gestor que já passou pela Pasta. Frejat observou que a Saúde passa por uma grave crise em todo país e que no DF, não é diferente. "Vendo a evolução do que aconteceu com a saúde a gente fica muito triste, porque a gente teve uma saúde que foi uma referência no DF, com a criação dos postos de saúde, dos hospitais, um sistema hierarquizado, regionalizado, que foi inclusive utilizado para demonstrar na, época da Constituinte, como deveria ser o sistema ade saúde do Brasil que o Sistema Único [de Saúde (SUS)]. A gente vê isso caindo de padrão não só no DF, mas em todo o país.", disse Frejat.

Ao ser questionado sobre as mudanças promovidas por Fonseca, na Atenção Primária, por converter os CS em unidades do PSF e colocar as unidades para abrir nos sábados, Frejat deu a entender que atual gestão da SES-DF, 'chove no molhado' ao tentar resgatar programa que não deu certo em 'outros carnavais'. "O que a gente observou foi o seguinte. Inicialmente os Centros de Saúde funcionavam meio expediente no sábado, até o meio dia. A ideia era que o trabalhador, que durante a semana não tinha tempo, no sábado de manhã poderia ir ao Centro de Saúde. Mas isso mostrou que não deu resultado, porque não havia uma frequência, um atendimento, uma demanda suficiente para o atendimento da população naquela época.", afirmou Frejat.

Frejat observou que para tentar corrigir o problema a SES-DF implantou novos programas de modo a suprir aquele período ocioso, "para alguma coisa útil", à população. O ex-secretário de saúde concluiu a conversa ao observar que "eles [gestores da saúde do DF], acabam aprendendo", ao observar que a equipe "aprendeu sofrendo".

Para bom entendedor

Embora não tenha proferido tais palavras, do 'mago da Saúde do DF', a brincadeira soa como um recado claro: 'Ao tentar inovar, a atual gestão da Saúde, peca por não aprender com os erros dos outros.'

Secretaria de Saúde 'chove no molhado' aponta ...

Fonte: Sindate-DF, 16 de fevereiro de 2017.

Figura 3 – Imagem da página eletrônica do Sindfermeiro-DF

Fevereiro 15, 2017

Portarias publicadas hoje (15) estabelecem como será a reformulação, que prioriza o modelo estratégico de Saúde da Família

O Governo do Distrito Federal (GDF) publicou hoje (15), as Portarias 77/2017 e 78/2017, que estabelecem as diretrizes a serem seguidas na reformulação da Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo é que todas as unidades básicas funcionem com equipes de Saúde da Família.

De acordo com o GDF, as 63 Unidades Básicas de Saúde (UBS) mistas e tradicionais – que funcionam hoje – serão convertidas, progressivamente. Durante esse processo, 110 equipes serão criadas para realizarem a transição. Segundo o Governo, essas equipes serão compostas por 3 médicos (clínico, pediatra e ginecologista), 3 enfermeiros e 6 técnicos de enfermagem – todos cumprindo 40 horas – e 6 agentes comunitários de saúde (conforme a disponibilidade da região). O governo também afirma que os funcionários que optarem por fazerem parte das equipes de transição receberão todo o suporte de capacitação.

A Portaria 78/2017 estabelece o prazo de 45 dias (contados a partir de sua publicação) para que cada superintendência apresente o seu planejamento de conversão. Para isto, deve ser feita a análise da demanda de servidores que querem fazer parte das equipes de transição. Esses profissionais têm 30 dias para comunicar à sua gerência.



Fonte: Sindfermeiro-DF, 15 de fevereiro de 2017.

2.2.2 Cena 1: Conselho de Saúde do Distrito Federal

Como parte da aproximação ao território e ao campo de pesquisa, assistimos a uma reunião do Conselho de Saúde do Distrito Federal em 08 de agosto de 2017. A reunião ocorreu em uma sala de um prédio comercial em Brasília. Localizamos a sala ao vermos muitas pessoas no corredor à sua frente; várias conversando entre si, outras falando em celulares. Algumas usavam coletes da Secretaria Estadual de Saúde do DF (SES-DF) — de vigilância em saúde. Outras estavam vestidas com uniformes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) ou com camisetas amarelas do Sindicato das Farmácias do DF, nas quais se lia: “os laboratórios do DF precisam de farmacêutico!”.

Na recepção da sala onde ocorreria a reunião, uma senhora recebia os participantes, solicitando a assinatura em um livro de registros e perguntando de onde éramos, supondo, provavelmente, que seríamos de alguma instituição. Apresentamo-nos como cidadãs e fomos bem acolhidas. A pauta impressa da reunião foi entregue e assinamos o livro de registro. Antes de entrar, agradecemos a senhora da recepção, que respondeu: “voltem sempre”.

Na ampla sala retangular, no lado oposto à porta de entrada, uma pequena porta à esquerda e janelas largas. Na parede contígua à porta, algumas cadeiras alinhadas em fila para a audiência. Ao centro da sala, uma longa mesa retangular, ao redor da qual se sentavam os conselheiros e as conselheiras. Na ponta do lado direito, projetada sobre a parede, imagens de um *datashow* com a pauta da reunião. Na outra ponta, perpendicular à grande mesa, outra bancada com a Mesa Diretora do Conselho e o secretário de Saúde do Distrito Federal. Às 10h15min, as conversas paralelas começaram a silenciar quando o presidente da mesa proferiu: “Bem-vindos a todos. Dou início ao rito”.

Embora não tenhamos realizado um acompanhamento sistemático das reuniões do Conselho de Saúde do Distrito Federal, visualizar o cenário, os participantes e a dinâmica de uma reunião pública do CSDF enriqueceu a análise documental sobre as Atas do Conselho e outros documentos disponíveis na página eletrônica do órgão¹⁸.

¹⁸ “O Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde – SUS – de caráter permanente e deliberativo, tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. O CSDF é um órgão vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do DF composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários do DF, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde do DF, governo e prestadores de serviços de saúde do DF, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho. É competência do Conselho, dentre outras, aprovar o orçamento da saúde do DF assim como, acompanhar a sua execução orçamentária. Também cabe ao pleno do CSDF a responsabilidade de aprovar a cada quatro anos o Plano de Saúde do DF” (CSDF, 2018). Interessante destacar que somente a partir de 2011 a presidência do CSDF passou a ser eleita; até então era ocupada pelo secretário de Saúde.

Consultamos as atas disponíveis eletronicamente, referentes a 2016 e 2017. No conjunto, encontravam-se acessíveis 20 atas de 2016 e 16 atas de reuniões ordinárias e extraordinárias de 2017¹⁹, conforme o quadro 1.

Quadro 1 – Atas de reuniões do CSDF (2016-2017)²⁰

2016	2017
Ata 368 RO 2016	Ata 394 RO 2017
Ata 369 RE 2016	Ata 395 RE 2017
Ata 371 RE 2016	Ata 396 RO 2017
Ata 372 RO 2016	Ata 397 RE 2017
Ata 374 RE 2016	Ata 398 RO 2017
Ata 378 RO 2016	Ata 399 RO 2017
Ata 379 RE 2016	Ata 399 RO continuação 2017
Ata 380 RE 2016	Ata 400 RO 2017
Ata 381 RO 2016	Ata 401 RO 2017
Ata 385 RE parte I 2016	Ata 402 RE 2017
Ata 385 RE parte II 2016	Ata 403 RO 2017
Ata 386 RO 2016 - ok	Ata 404 RE 2017
Ata 387 RE parte I 2016	Ata 405 RE 2017
Ata 387 RE parte II 2016	Ata 406 RO
Ata 388 RO 2016 - ok	Ata 406 RE parte II
Ata 389 RE 2016	Ata 407 RE 2017
Ata 390 RO 2016	
Ata 391 RE 2016	
Ata 392 RE 2016	
Ata 393 RO 2016	

As atas compõem um material extremamente rico e passível de várias leituras. Por meio delas, é possível acompanhar debates, posições, conflitos e ações desenvolvidas ao longo do tempo. Evidentemente, nem tudo consta das atas. Elas conformam também um registro do que foi sintetizado e consensuado entre diferentes participantes do Conselho sobre o que deve ou não constar e de que forma, como documento público. A comparação entre a reunião que assistimos e a ata de 08 de agosto de 2017 é um exemplo disso, havendo pontos que julgamos pertinentes registrar e que não foram sinalizados na ata; e também o contrário, temas destacados no documento institucional e que passaram despercebidos a nossos olhos de observadoras.

¹⁹ As atas e outros atos normativos se encontram em: <http://www.saude.df.gov.br/atos-normativos.html>. Cabe observar que nem todas as atas de reuniões estão disponíveis no sítio.

²⁰ A lista apresentada na tabela corresponde às atas analisadas e disponíveis no sítio eletrônico do Conselho de Saúde do Distrito Federal em março de 2018. Todavia, entre a apresentação deste trabalho e a revisão da versão final, houve alterações na página eletrônica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e as informações sobre o Conselho se encontram agora disponíveis em: <http://www.saude.df.gov.br/category/conselhos/>. Nesse novo formato, durante abril de 2018, não foi possível acessar novamente todas as atas de reuniões anteriormente consultadas na nova página indicada (<http://www.saude.df.gov.br/reuniao-csdf/>). Parcialmente, no link “Conselho de Saúde – Atos Normativos – 2017”, encontravam-se disponíveis, em 23 de abril de 2018, dez atas de 2017, sendo: Ata 397 RE 2017, Ata 398 RO 2017, Ata 399 RO 2017, Ata 399 RO continuação 2017, Ata 400 RO 2017, Ata 401 RO 2017, Ata 402 RE 2017, Ata 403 RO 2017, Ata 404 RE 2017, Ata 405 RE 2017.

Embora não seja objetivo do trabalho uma análise sistemática e aprofundada das atas — o que poderia ser objeto central de um trabalho de conclusão de curso —, uma avaliação preliminar e panorâmica dos documentos permitiu identificar vários elementos importantes para o tema da participação no processo da conversão. Entre eles, os debates ocorridos entre o controle social via CSDF e a gestão da saúde (representantes da SES-DF integrantes do Conselho) e os modos como esses debates contribuíram para e impactaram a reestruturação do modelo de atenção primária no DF.

Para contextualizar teoricamente essas descrições, é interessante trazer a discussão de Moreira (2016) sobre as possibilidades dos conselhos de saúde, particularmente os municipais, tornarem-se instituições que praticam e ambientam a democracia deliberativa. O autor se inspira no sentido de democracia de Robert Dahl e na ideia de que

uma sociedade é tão mais democrática quanto maior for sua capacidade de (i) ampliar a participação dos diferentes segmentos sociais na tomada de decisões, principalmente daqueles que sempre estiveram afastados e/ou alijados desses processos políticos; e, ao mesmo tempo, (ii) legitimar as instituições que recebem esses participantes, o que significa, em última instância, legitimar suas decisões (MOREIRA, 2016, p. 26)

O autor fala sobre a implantação de conselhos gestores de políticas públicas a partir da Constituição Federal de 1988 e particularmente sobre os quase 30 anos dos conselhos de saúde — processo que ele qualifica como a “mais importante experiência de descentralização e participação político-administrativa do Brasil” (MOREIRA, 2016, p. 27). A partir de uma revisão das contribuições teóricas de vários autores que estudam o tema participação social e conselhos de saúde, ele apontado como principal ponto de convergência o fato de os conselhos terem obtido sucesso em sua tarefa inclusiva, porém, precisando ainda superar importantes problemas para influir de maneira efetiva no processo decisório da política municipal de saúde.

Outro aspecto do trabalho de Moreira (2016) se refere à reflexão em torno do processo deliberativo. Dialogando com diversos autores da teoria social, ele afirma que a deliberação é concebida como troca de ideias entre diferentes atores e que essa troca é também um processo político-pedagógico de seus partícipes. A deliberação não se reduz ao ato do voto, mas envolve todo o processo de debate, incluindo as decisões a respeito de que assuntos/políticas podem e devem ser colocados em pauta e a tomada de decisões conjunta entre uma diversidade de sujeitos, “cidadãos livres e iguais”. Nesse sentido, os conselhos de saúde são vistos como instituições com “potencial deliberativo e que podem se consolidar e contribuir para produzir políticas de saúde que atendam mais diretamente ao interesse de atores políticos

que sempre estiveram de fora da tomada de decisões” (MOREIRA, 2016, p. 36). Eles estariam enfrentando, entretanto, uma crise de deslegitimação nos últimos anos, ampliada pela recente conjuntura política do país.

Outra perspectiva sobre os conselhos de saúde, que contribui para uma leitura sobre as atas do CSDF, é o trabalho de Jorge e Ventura (2012), que oferece uma revisão bibliográfica sobre a temática dos conselhos municipais de saúde como instrumentos de controle social e democratização das políticas de saúde. As autoras reconhecem uma “razoável participação” dos conselheiros na formulação, implementação e avaliação das políticas, mas ainda se fazem necessárias ações que diminuam a distância entre representantes e representados. Um ponto importante assinalado em relação aos conselhos municipais se relaciona ao alto grau de controle pelos governos municipais nesses processos, o que é entendido pelas autoras como entrave para uma real democratização.

No caso do Distrito Federal, é preciso lembrar que se trata de um ente único da Federação, que ora se assemelha ao estado, ora ao município, e que, em relação aos conselhos, segundo o regimento aprovado pela Resolução nº 32, de 22 de novembro de 2011 (BRASÍLIA-DF, 2011), apresenta uma arquitetura que envolve o Conselho de Saúde do Distrito Federal, conselhos gestores e conselhos regionais de saúde.

As atas analisadas entre 2016 e 2017 sinalizam dois momentos distintos no percurso de implantação do processo da conversão. Os registros de 2016 mostram todo um esforço nas relações entre controle social e gestão, no âmbito da própria composição do Conselho, para formular as bases normativas e pactuações referentes ao início do processo de conversão da atenção primária e, desse modo, fortalecer a legitimidade do processo. As atas de 2017, posteriores à publicação das Portarias nº 77 e 78, por outro lado, revelam momentos de tensionamento e conflitos mais expressivos entre os diferentes segmentos do Conselho e nas relações entre controle social e gestão já no primeiro ano do processo de implementação da conversão da atenção primária.

Começando por 2016, em sua expressão de composição entre setores, na 369ª reunião extraordinária, em 08 de março de 2016, houve uma primeira menção à criação de uma “câmara técnica da atenção primária” no âmbito da gestão da SES-DF para a “definição do plano estratégico para atenção primária”. Em abril de 2016, o tema voltou a ser mencionado na pauta da 372ª reunião ordinária, até que em junho ocorreu um momento definidor.

Em 09 de junho, na 378ª reunião ordinária, um novo conselheiro empossado, do segmento gestão, fez uma apresentação sistemática do tema “Atenção Primária da Saúde - APS-SES/DF - GA/SES/DF”, com uma análise epidemiológica do DF e de seus problemas, o

cenário desejado e as ações necessárias para o alcance de metas. Sua fala ressaltou a importância da participação social na discussão, inaugurando, nos registros, também um debate mais sistemático que se desdobrou ao longo das reuniões seguintes do CSDF. Em 12 de julho de 2016, em continuidade a essa reunião, foi aprovada a Resolução nº 464 do CSDF (BRASÍLIA-DF, 2016a), que cria em caráter temporário a Comissão da Reforma do Modelo Assistencial, composta pelos segmentos dos usuários, trabalhadores e gestores, na mesma proporção da composição do Conselho.

Pela análise das atas, o tema da reforma da atenção primária se manteve “aquecido”, mas de forma pontual, até que, em 27 de setembro de 2016, na 387ª reunião do CSDF, a Comissão Temporária apresentou a “Proposta da Comissão de Reforma do Modelo Assistencial/Gestão da APS”, cuja discussão foi encerrada em 04 de outubro, na segunda parte da 387ª reunião ordinária. Como resultado desse processo, no mesmo dia foi aprovada a Resolução nº 465 (BRASÍLIA-DF, 2016b). A Resolução é estruturada em 12 artigos, estabelecendo em seu Artigo 1º:

Determinar que a Estratégia de Saúde da Família seja considerada como a estratégia prioritária da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF), sendo a responsável pelo reordenamento do modelo assistencial de saúde na rede pública de saúde do Distrito Federal.

O significado desse momento e as disputas e composições sobre a Resolução 465/2016 podem ser observados em discursos contrastantes registrados sobre o evento. Pelo registrado na ata da primeira parte da 387ª reunião do CSDF, documento oficial sobre o debate e a deliberação, no sentido amplo do conceito, sugere-se que já haveria, em 27 de setembro, um encaminhamento à leitura e à aprovação do texto, “com vistas a se evitar retrabalho” — uma sugestão, assim, de que haveria certo consenso predominante, confirmado pela aprovação da Resolução nº 465 em 04 de outubro de 2016. A fala do secretário de Saúde nessa data também reforça o sentido da convergência:

Secretário de Saúde, disse se está (sic) em um momento único da saúde do DF [...] se tem uma oportunidade de se unir muito o controle social com a gestão. Disse que pela primeira vez, na SES, tem-se uma total convergência do entendimento do CSDF com o entendimento da SES. Continuou dizendo que foi apresentada uma proposta, em junho, e essa proposta levou à criação de uma comissão, no coração do CSDF, que trouxe um relatório muito detalhado, que exigiu uma série de coisas, que complementou de forma muito correta, muito profunda, o entendimento da SES, e que trouxe novos elementos que a SES não havia trazido, mas, o que é mais importante, ficou absolutamente claro que há uma total convergência e essa é uma oportunidade para se trazer o Controle Social para dentro da gestão, as alinhamento em relação a 446 e várias outras resoluções do CSDF (Ata da 387ª Reunião do CSDF, 27/09/2007, linhas 215 a 220).

No entanto, quando se outros registros sobre essa reunião, os conflitos se tornam mais visíveis. É o caso da notícia postada na página eletrônica do Sindate-DF, que trouxe como manchete “Proposta de segmento dos trabalhadores é rejeitada pela maioria no Conselho de Saúde do DF”, descrevendo como tensa a reunião de apresentação da minuta:

Na manhã desta terça-feira (04/10) foi colocada em votação a Minuta da Resolução do CSDF nº 465 na sede do Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF), no qual continha artigos que, de forma sutil, autorizava a contratação de Organizações Sociais. [...] Após diversas discussões na reunião do dia (27/09) quanto à redação da minuta da Resolução do CSDF nº465, a Comissão de Reforma do Modelo Assistencial da Gestão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal se reuniu para fazer as alterações propostas pelos conselheiros na última reunião extraordinária e, na manhã de hoje apresentou ao conselho (SINDATE-DF, 2016).

O contraste desses dois discursos também anuncia boa parte dos debates que ocorreriam no ano seguinte, 2017, após a publicação das Portarias nº 77 e 78, que, respectivamente, redefine as normas e diretrizes na organização e estruturação da atenção primária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, referente às equipes de transição, “para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família”²¹.

Observando as 16 atas de reuniões de 2017, constatamos que apenas em duas reuniões o tema da conversão da atenção primária não foi explicitamente mencionado. O assunto se manteve constante, como parte de um debate mais sistemático, ao longo do primeiro ano de implementação da política. Nesse conjunto, foi possível identificar duas datas cruciais.

A primeira data decisiva foi 14 de fevereiro de 2017, quando aconteceu a 394ª reunião ordinária, que abriu os trabalhos do CSDF nesse ano, na mesma data da publicação das portarias nº 77 e 78/2017. A confluência dessas duas ações em uma única data guarda uma força simbólica que pode desdobrar várias leituras.

Nessa reunião, o secretário de Saúde do Distrito Federal, também conselheiro, em conjunto com outros conselheiros do segmento gestão, fizeram a “Apresentação da reestruturação da Atenção Primária à Saúde no âmbito da SES/DF” (item 03 da pauta), com uma explicação da conversão da APS no DF, seus instrumentos normativos, metas do

²¹ “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 estabelecida” (BRASÍLIA-DF, 2017b).

processo de conversão e prazos, além de um detalhamento do processo de transição para as equipes de saúde da família.

A partir dessa data, ao longo das reuniões seguintes, observamos nas atas a sinalização dos temas mais recorrentes de debate em torno da conversão da APS: relação entre gestores de serviços, trabalhadores e usuários do SUS; gratificações; acesso à atenção especializada; relação com organizações sociais (OS); dimensionamento de recursos humanos (RH); qualificação e educação permanente dos profissionais, principalmente. Nos registros é possível observar um tensionamento constante entre posições: a de defesa do processo da conversão, a de afirmação dos compromissos estabelecidos pelo CSDF por meio da Resolução nº 465 e a de questionamento da gestão sobre os impactos e a forma da implementação entre trabalhadores e usuários.

O acompanhamento progressivo das atas ao longo de 2017 revela dilemas entrelaçados às questões trazidas por Moreira (2016) e Jorge e Ventura (2012) quanto aos limites tênues entre a atuação deliberativa do CSDF no que tange à política de reestruturação da atenção primária, por um lado, e por outro, quanto aos interesses distintos dos segmentos que constituem o Conselho, usuários, trabalhadores e gestão.

Assim, o ciclo aberto pela data de 14 de fevereiro de 2017 com a primeira reunião do ano do CSDF — a apresentação da reestruturação da APS e a publicação das portarias nº 77 e 78 — se desenvolveu até uma segunda data divisora de águas, nove meses depois, em 12 de setembro, quando foi realizada a 406ª reunião ordinária.

São momentos que poderiam ser comparados em uma “estrutura temporal, como etapas de um processo social com aquela [estrutura] do drama no palco, cada um com suas qualidades peculiares e todos caminhando para um clímax” — trecho de Victor Turner, antropólogo britânico citado por Cavalcanti (2007) na reflexão acerca da noção de drama social, que se tornou clássica na antropologia. Recorremos aqui a essa inspiração, buscando instrumentos para construir uma interpretação possível aos registros do CSDF sobre o *Convert*.

Na perspectiva formulada por Victor Turner, partindo da tradição estrutural-funcionalista inglesa, os rituais carregam um papel integrador no desenrolar dos conflitos sociais e permitem a observação da unidade social não só pela coesão, mas por meio dos próprios conflitos. Com a metáfora do drama, um dos trabalhos referenciais do autor é *Schism and continuity in an african society*²², desenvolvido entre os Ndembu, povo da região da

²² TURNER, Victor Witter. *Schism and continuity in an african society*. Manchester: Manchester University Press, 1957.

África Central. Sua análise trata de sete dramas sociais, e como observa Cavalcanti (2007, p. 133), revela “no fluxo cotidiano da aldeia: o realinhamento das relações em pontos críticos de maturação ou declínios estruturais”. Quatro fases caracterizam o drama social, segundo o esquema conceitual de Turner: quebra de uma regra ou valor, crise, ação reparadora, reintegração ou reconhecimento do cisma. O desenrolar do drama, ainda na leitura de Cavalcanti, não apenas mostra os focos de tensão da estrutura social, mas “constitui também lugar de possível reflexão, análise e auto-análise e de transformação conceitual e interior da pessoa Ndembu em seus relacionamentos” (CAVALCANTI, 2007, p. 135).

A lembrança do “drama social” permite um olhar, a partir das atas, sobre os movimentos de aproximação e conflitos no âmbito do Conselho de Saúde do Distrito Federal, entre seus segmentos constitutivos (usuários, trabalhadores e gestores) e também sobre o papel do próprio Conselho como partícipe da construção de uma política pública e as implicações dessa função deliberativa em sentido mais amplo.

Por esse prisma, e observada como momento crucial de um drama, a ata de 12 de setembro é um documento rico em vários sentidos. Com relação ao tema da participação social, é uma das poucas que traz notícias mais detalhadas sobre os Conselhos Regionais de Saúde (na lógica das regiões administrativas), mencionando a posse do Conselho de Brazlândia e atualizando sobre a implantação ou renovação dos Conselhos do Cruzeiro, São Sebastião, Samambaia, além da mobilização para reestruturação de Conselhos que estariam desativados, como Estrutural, Varjão e Candangolândia.

No decorrer dessa reunião, um dos conselheiros fez um encaminhamento de obstrução de pauta. A justificativa estaria relacionada a manifestações recebidas pelo CSDF, vindas dos Conselhos Regionais de Taguatinga e Riacho Fundo II em relação à forma de gestão pela Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (Diraps) e superintendências específicas. Afirmou que teria sido pactuada, na reunião de 18 de abril, uma devolutiva da gestão, que até então não teria ocorrido, e, assim, propôs a obstrução até que ocorresse essa devolutiva.

Os registros mostram, de modo detalhado, um debate tenso, que colocou inúmeras questões, enunciadas por seus vários conselheiros: o papel e a responsabilidade do CSDF em relação à construção da política e à sua gestão; a implementação da Resolução nº 465/2016; o Relatório Anual de Gestão (RAG); descompassos entre SES e Governo do Distrito Federal (GDF); desconexões entre o CSDF e os Conselhos Regionais; campanhas de boicotes de sindicatos ao programa de reestruturação da APS; a falta de diálogo da gestão com trabalhadores e usuários sobre a conversão. Houve movimentos que procuraram deslocar a discussão mais tensa da plenária para o comitê permanente de acompanhamento; denúncia

sobre atos ilícitos da Mesa Diretora; um questionamento sobre o próprio processo de feitura das atas e sobre manipulações de seus conteúdos. A reunião foi encerrada com quebra de quorum.

Não é proposta aqui um aprofundamento sobre esses pontos, mas sim evidenciar como, nessa reunião, dramaticamente, foram expostas relações e tensões latentes entre controle social e gestão ao longo do processo iniciado em 2016 com a Resolução nº 465 e materializado como ato de gestão por meio das Portarias nº 77 e 78/2017. Retomando as quatro etapas do drama — quebra de uma regra ou valor, crise, ação reparadora, reintegração ou reconhecimento do cisma —, poderíamos interpretar esse momento como a instauração da crise.

Em 10 de outubro ocorreu a segunda parte da 406ª reunião ordinária, que não teria sido encerrada em setembro pela ausência de quórum. Logo no início da reunião, uma das posições marcadas nessa data pela conselheira representante da gestão informou que nem o secretário de Saúde nem outros conselheiros ligados à gestão se fariam presentes — ausência que seria mantida até que a pauta fosse desobstruída, condicionando a retomada do diálogo. Longos trechos da ata registram um debate sobre se teria ocorrido de fato, ou não, a obstrução da pauta; representantes da gestão afirmando que teria sido publicizada essa notícia em redes virtuais, desencadeando-se também uma obstrução de pautas entre Conselhos Regionais e Diraps/superintendências; e a posição do presidente do Conselho, corroborada por alguns conselheiros de outros segmentos, de que o tema teria sido debatido, mas não votado em plenária e, portanto, não foi efetivamente instaurada a obstrução. Depois de muitas linhas do documento, passou-se finalmente à apreciação da pauta, sendo aprovada em seu Item 01 a Pauta da 406ª RO – Parte II, e não havendo propostas de manutenção da obstrução da pauta, deu-se sequência os trabalhos e à discussão dos itens seguintes.

A reunião posterior, em 24 de outubro de 2017 — última cuja ata consta da página eletrônica do CSDF, 407ª reunião extraordinária —, registra a chegada de novos conselheiros que tomaram posse e, entre os itens aprovados da pauta, a discussão e deliberação sobre a “Vacância da Presidência do CSDF”. O conselheiro e secretário de Saúde presente nesse dia informou que “há cerca de duas semanas, a gestão decidiu substituir um de seus membros”, o antigo presidente do CSDF, no cargo desde 2013. A gestão não indicou candidato à presidência, mas sinalizou o apoio à candidatura de um representante do segmento usuário. Discutiu-se também a eleição de nova Mesa Diretora e “a necessidade de cumprimento do rito”. Houve várias manifestações de reconhecimento ao trabalho do presidente anterior. Um

conselheiro solicitou que fosse “feita uma eleição sem rancores ou parcialidade” e outro conclamou “a união dos segmentos pela saúde pública do DF”.

Após os devidos ritos da votação, uma mulher representante dos usuários foi eleita como nova presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Em sua fala ao assumir a Mesa Diretora, destacou ser um “momento de empoderamento dos usuários”²³. Parabenizou o presidente anterior e disse que “espera fazer uma gestão harmônica, em prol do usuário. Destacou as resoluções da atenção primária em saúde e da urgência e emergência. Propôs ao pleno a leitura e aprendizado do regimento.

Fecharam-se as cortinas. Embora o site do Conselho indique reuniões em novembro e dezembro, a última ata disponível de 2017 é o registro da reunião de outubro, com a eleição e formação da nova composição do CSDF. Como última cena do drama social apresentado, sugere-se uma aparente reintegração das relações entre segmentos do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resta saber o que os próximos capítulos, em um ano eleitoral como o de 2018, trarão para a participação social na história da conversão da atenção primária no DF.

O próximo item propõe um deslocamento para outras perspectivas sobre participação e controle social, a partir de regiões — a Região Leste de Saúde e a Região Administrativa de São Sebastião.

2.2.3 Cena 2: Conselho de Saúde de São Sebastião

A região e as suas fronteiras (fines) não passam do vestígio apagado do acto de autoridade que consiste em circunscrever a região, o território (que também se diz fines), em impor a definição (outro sentido de finis) legítima, conhecida e reconhecida, das fronteiras e do território, em suma, o princípio de di-visão legítima do mundo social. Este acto de direito que consiste em afirmar com autoridade uma verdade que tem força de lei é um acto de conhecimento, o qual, por estar firmado, como todo poder simbólico, no reconhecimento, produz a existência daquele que enuncia (BOURDIEU, 2001, p.114).

Como mencionando anteriormente, apresentaremos narrativas que oferecem uma representação e reflexão sobre as vivências realizadas durante o curso, fazendo uso de recursos ficcionais de linguagem. Procuramos não identificar pessoas e participantes, mas trazer elementos verossímeis sobre o território, as demandas em saúde, participação social e rede viva, entrelaçando diálogos realizados entre usuários, trabalhadores da saúde e de outras políticas sociais e gestores.

²³ Sobre o segmento usuários no CSDF, ver BUENO, Barbara de Sousa Oliveira. *A participação da sociedade civil no Conselho de Saúde do Distrito Federal: uma análise sobre a representação dos usuários*. Monografia Bacharelado em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

Para iniciar as vivências propostas no território de São Sebastião, fizemos primeiros contatos com alguns conselheiros de saúde, a partir da indicação de uma professora do curso de especialização, já sabendo da ocorrência de reuniões regulares uma vez por mês.

Em 16 de outubro de 2017 visitamos São Sebastião, após a articulação com uma liderança local que estaria nos aguardando na sala do Conselho de Saúde de São Sebastião. Na chegada à cidade, foi possível identificar uma espécie de centro institucional-administrativo, com a aglutinação de serviços e instituições da saúde, justiça, educação, assistência social. Não conseguimos assistir a uma das reuniões, mas visitamos o local do Conselho, uma pequena sala na Administração Regional de São Sebastião. Lá pudemos conversar um pouco com o então presidente do Conselho e um ex-conselheiro e liderança comunitária ativa.

Na conversa, apresentamo-nos como acadêmicas/estudantes do curso de saúde coletiva da Fiocruz, falamos do TCC e da proposta de discutir como o processo de conversão da atenção primária estava sendo vivenciado a partir do Conselho Local de Saúde de São Sebastião.

Dos primeiros assuntos da conversa, o ex-conselheiro e liderança comunitária nos perguntou de onde éramos e suscitou o tema da identidade. Segue um trecho do diário de campo:

Um primeiro assunto que levantou foi o tema da identidade - de São Sebastião, do Jardim Botânico, Paranoá, do Lago Sul. A territorialização na saúde e a conformação da Superintendência trouxeram tensionamentos. Mencionou o debate relacionado ao Manguelal - São Sebastião teria lutado para a implantação do bairro, e agora o Manguelal sinaliza querer estar vinculado ao Jardim Botânico/Lago Sul” - chegou a ouvir “Eu prefiro ser o pobre do Lago Sul que o rico de São Sebastião” (Diário de Campo em 16/10/2017).

A fala da liderança comunitária fez referência também a dois territórios contíguos a São Sebastião — Lago Sul e Jardim Botânico —, aos perfis socioeconômicos dessas regiões administrativas e também à territorialização específica que guardam na saúde. Embora o Lago Sul seja contíguo a São Sebastião, o caminho entre este e o Paranoá e Itapoã não está na Região Leste de saúde, e sim na Região Centro-Sul²⁴. Pelo relato, teriam ocorrido movimentações para que o Jardim Botânico e o Manguelal também fizessem parte da Região Centro-Sul, o que acabou não ocorrendo.

²⁴ Região Centro-Sul: Asa Sul, Guará, Lago Sul, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II e ParkWay (SES-DF, 2017). Também na página da Secretaria de Saúde do GDF, a Região Leste é identificada como Paranoá e São Sebastião. Não há referência direta sobre Itapoã ou Jardim Botânico.

Para essa discussão, é importante trazer o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990b), de 19 de setembro de 1990 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. No artigo 2º, inciso I dessa normativa, Região de Saúde é definida como

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A discussão sobre as regiões de saúde no DF está atrelada também a como essa configuração da Região de Saúde se conforma às especificidades do Distrito Federal como Unidade da Federação e suas superposições e atravessamentos de várias territorialidades. Regiões administrativas como São Sebastião, Paranoá, Taguatinga, Lago Sul, Gama ou Ceilândia, por exemplo, têm porte populacional, identidades e necessidades de saúde que podem remeter ao município e, nesse sentido, respondem à definição legal da Região de Saúde. Entretanto, como regiões administrativas, não guardam a autonomia política e seus atributos correlatos aos municípios.

Como mencionado, em 16 de outubro de 2017, a liderança comunitária iniciou a conversa conosco suscitando o tema da identidade territorial. Na sua fala, a identidade foi relacionada à ocupação de Brasília e do DF, à imagem dos pioneiros e, rapidamente, também às tensões relacionadas à configuração da Região Leste de Saúde. Que regiões administrativas/localidades iriam compor a região? Foi nesse contexto que se mencionou o Manguelral — um bairro recentemente consolidado, vinculado ao *Programa Minha Casa Minha Vida*, e que segundo a liderança, teria sido uma conquista estimulada por São Sebastião. No entanto, teria ocorrido um debate sobre a vinculação do Manguelral não a São Sebastião, mas ao Jardim Botânico ou ao Lago Sul, que compõe a Região Centro-Sul de Brasília no âmbito da saúde. Aqui entra o contexto da frase trazida: “prefiro ser o pobre do Lago Sul ao rico de São Sebastião”.

A história de São Sebastião e da região administrativa à qual pertence, entre várias fontes e narrativas, tem como origem as fazendas Taboquinha, Cachoeirinha e Papuda, que foram desapropriadas para a construção de Brasília. Localizada na bacia hidrográfica do Ribeirão Santo Antônio da Papuda, ao sul do Distrito Federal, São Sebastião foi o espaço que abarcou a instalação de olarias para abastecer as demandas da construção civil da nascente capital.

A história continua, envolvendo a chegada de mais pessoas, o parcelamento e ocupação irregular do solo e a criação da Agrovila de São Sebastião. Diferente de outras cidades satélites no DF propiciadas por instrução regulamentar, São Sebastião apresenta um movimento espontâneo de ocupação populacional, em local afastado do Plano Piloto, pela oferta do comércio e exploração da areia para as olarias e construção civil (ARAÚJO, 2009).

No caso do Paranoá, sede da Região Leste de Saúde, também o ano de 1957 é considerado marco, assim como em São Sebastião, e a fundação da “Vila Paranoá” e a implantação do canteiro de obras para a construção da represa do Lago Paranoá, que se manteve após a inauguração de Brasília e reuniu outras vilas formalmente reconhecidas em 1964. O Paranoá viveu a pressão do aumento demográfico e da ocupação desordenada do solo nos anos 1980, até que em 1989 teve os limites definidos como 7ª Região Administrativa do Distrito Federal. Contudo, sempre é bom lembrar, há também registros de memórias do Paranoá anteriores e paralelas à construção de Brasília, que permitem conhecer uma história polifônica do Distrito Federal²⁵.

Junto a uma reflexão em torno da configuração da Região Leste de Saúde, o diálogo com a liderança também problematizou a questão da participação em relação ao arranjo e à organização territorial das equipes de saúde da família.

Essa problematização se associa ao debate acerca das práticas de territorialização previstas na Atenção Básica à Saúde do SUS. Como apontam Santos e Rigotto (2011, p. 403):

A ampliação do olhar dos profissionais da Atenção Básica à Saúde sobre o território é estratégica para: a superação dos limites da unidade de saúde e das práticas do modelo de atenção convencional; a (re) construção do vínculo dos profissionais e do sistema de saúde com o lugar; a adequação das ações de saúde à singularidade de cada contexto sócio-histórico específico; e a incorporação efetiva do paradigma da promoção da saúde e da participação. Não é uma panaceia, mas é um ponto de partida fértil.

A discussão sobre território e territorialização destaca a importância de se considerar as relações de trabalho, ambiente e saúde na atenção básica. Santos e Rigotto (2011) procuram reunir subsídios teóricos para uma abordagem crítica das práticas de territorialização previstas na Atenção Básica à Saúde no SUS e oferecer alguns elementos práticos que orientem sua ampliação, em diálogo particular com as atribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família.

²⁵ Ver JACINTO, Andréa Borghi Moreira Jacinto. *Margens escritas: versões da capital antes de Brasília*. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

No breve diálogo que tivemos com a liderança comunitária de São Sebastião em outubro de 2016, a discussão sobre identidade e sobre a configuração da Região Leste de Saúde apontou para essa ampliação das práticas de territorialização mencionada pelos autores. A liderança chamou atenção para a singularidade do contexto sócio-histórico de São Sebastião e para as tensões e contradições que atravessam o território — outro ponto observado por Santos e Rigotto (2011), a partir da leitura de Henri Acselrad sobre a noção de comunidade, um “espaço comum de recursos, sim, só que exposto a distintos projetos, interesses, formas de apropriação e uso material e simbólico” (ACSELRAD, 2004, p. 124).

A conversa trouxe dois pontos a esse respeito. O primeiro sobre o Hospital Geral do Paranoá. O comentário de que “o hospital é regional, não é do Paranoá” apontava uma dificuldade de moradores de São Sebastião em acessarem o serviço, já que o hospital não reconheceria esse entendimento, nem as ESF fariam referenciamento ao hospital, reciprocamente. Esses comentários levantam para o TCC a indagação se essa dificuldade de reconhecimento não estaria também associada à ausência de uma “identidade da região de saúde”.

O outro caso específico no diálogo apontou o território da ESF de um bairro de São Sebastião. Como liderança e conselheiro de saúde, nosso interlocutor teria contestado formalmente o desenho proposto pelo GDF, envolvendo a fronteira entre dois bairros. O GDF teria respondido, justificando ter feito uma consulta à população. Diante dessa resposta, a liderança comunitária resolveu fazer uma nova consulta, baseando-se no conhecimento pessoal que tinha dos bairros e das pessoas que lá viviam. Segundo sua investigação, somente seis pessoas/famílias de um dos bairros teriam concordado com o desenho, justamente as consultadas pelo GDF, o que teria enviesado de uma forma indevida o desenho proposto, segundo sua avaliação. Nesse caso, ficou clara a importância do tema da participação — ou das consequências possíveis de sua falta — para uma implantação efetiva da reestruturação da APS. É outro modo de dizer o que estudos sobre a Estratégia Saúde da Família indicam:

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. No entanto, a tarefa de territorialização adquire, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ‘ambiente’, da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como centros de referência (SANTOS; RIGOTTO, 2011, p. 392).

Cerca de um mês depois dessa vivência de campo, em novembro de 2016 o Sindate-DF publicou uma notícia em seu site, relatando a ocorrência de uma assembleia regional sobre o funcionamento das 10 equipes da estratégia saúde da família e mencionando São Sebastião. Segundo a notícia, as equipes estariam formadas, mas, de acordo com os servidores de uma das unidades básicas da localidade, não estavam fazendo cadastro da população.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), que é o modelo a ser adotado na atenção primária, passou por período de transição do modelo atual, predominante de atenção tradicional. Após as portarias nº 77 e 78 terem sido publicadas em 14 de fevereiro com a implementação de todas as estruturas e competências previstas na Portaria nº 77, as equipes de transição teriam o prazo de um ano para conversão, e após esse período seus membros seriam considerados profissionais de saúde da família para todos os fins legais. O processo de conversão das equipes iniciou efetivamente em outubro de 2016, nesse caso, em outubro deste ano as equipes já deveriam estar todas convertidas e atuando no novo modelo. Porém, não é o que está acontecendo na UBS 01 de São Sebastião, de acordo com os servidores da unidade, na prática o serviço não está funcionando conforme previa as portarias. As equipes continuam atendendo somente dentro das unidades, uma vez que após feita a territorialização, as equipes deveriam estar também visitando as famílias, e prestando assistência integral, contínua (SINDATE-DF, 2017).

A notícia informa ainda que o Sindate-DF teria ouvido as demandas dos servidores, acolhido denúncias, comprometido-se a notificar a gestão e solicitar esclarecimentos ao superintendente da Região de Saúde Leste.

Na relação entre territorialidades e o processo de conversão da atenção primária, é ainda importante observar, do ponto de vista da gestão, que o Decreto nº 38.017, de 21 de fevereiro de 2017, e as Portarias nº 77 e 78 de 2017, redesenharam tanto a lógica do território quanto da distribuição de serviços, recursos e poder.

Por essas normas, as superintendências das Regiões de Saúde passam a ser unidades orgânicas de comando e supervisão, diretamente subordinadas ao secretário de Saúde e, em sua competência, reúnem doze atribuições, entre elas, gerir políticas e ações de saúde em todos os níveis de atenção, bem como as redes de atenção à saúde.

Assim, esse atributo na execução das políticas pelas superintendências deve ser observado em relação às Portarias nº 77 e 78 de 2017 e ao processo de conversão da atenção primária à estratégia saúde da família. A gestão da atenção primária, conforme a Portaria nº 77/2017, é um processo complexo, compartilhado entre a Coordenação de Atenção Primária em Saúde (Coaps) da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES), em conjunto com o

Colegiado Gestor e as Regiões de Saúde, por meio dos respectivos superintendentes e diretores de atenção primária²⁶.

Voltando à vivência e aos diálogos produzidos, os conselheiros comentaram o enfraquecimento do setor da saúde na região e do Conselho, sem profissionais administrativos e equipamentos. Trataram das dificuldades de articulação entre São Sebastião e Paranoá no novo desenho da Região de Saúde, exemplificado na situação envolvendo o Hospital Regional do Paranoá. A liderança comunitária trouxe ainda uma lembrança, que também compartilhou como demanda: já teria existido, em outro momento histórico, uma “sala de situação” da saúde, atuante, na sua lembrança, durante os governos Arruda, Rosso e Agnelo²⁷. Na “sala de situação”, todos os conselhos e regiões apresentavam suas situações; teria sido um espaço aberto, de discussão sobre vigilância e de valorização dos trabalhadores. Ele trouxe uma fala saudosa desse contexto.

Na conversa, mencionamos que nosso curso de especialização direcionava o desenvolvimento de um TCC que previsse um projeto de intervenção ou aplicação e que compreendíamos que isso não faria sentido, a não ser que fosse construído junto com os sujeitos implicados pela pesquisa. Assim, propusemos pensar, junto com o Conselho, alguma contrapartida que pudesse ser oferecida com o trabalho acadêmico.

Em algum momento nos apresentamos também em nossa dupla atuação na saúde pública, não só como estudantes da Fiocruz, mas técnicas do Ministério da Saúde nas áreas de saúde dos adolescentes e jovens e saúde mental. Ressaltamos que não se tratava de uma presença institucional nesse sentido e que não falaríamos como Ministério, mas como estudantes de especialização da Fiocruz. No entanto, o conhecimento e o olhar que trazíamos como profissionais dessas áreas também marcou o diálogo.

A conversa desenvolvida a partir daí levou a um convite: dali há algumas semanas, iria ocorrer um encontro da Rede Intersetorial de São Sebastião, com a participação de pessoas de diferentes instituições, governamentais e não governamentais, e cidadãos. Um dos temas a serem tratados envolvia questões de saúde mental e drogas e, se pudessemos ir e contribuir com o debate, seria uma contrapartida que lhes pareceu interessante.

²⁶ Sobre a gestão da atenção primária na Região Leste de Saúde, ver PEREIRA, Camila Tomaz. *Análise da dinâmica do colegiado gestor da atenção primária da Região Leste de Saúde do DF – 2017*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

²⁷ José Roberto Arruda foi governador eleito, atuando entre 2007 e 2010, tendo seu mandato cassado. Rogério Rosso foi eleito indiretamente, com gestão entre 2010 e 2011. Agnelo Queiroz foi governador eleito, atuando entre 2001 e 2015.

2.2.4 Cena 3: Rede Intersetorial de São Sebastião

As políticas públicas tradicionalmente são feitas de modo setorial e hierárquico. As redes sociais locais do DF podem ser consideradas Redes de Políticas Públicas, pois conseguem efetivar os direitos e integram as políticas no território de acordo com as necessidades locais. As redes trabalham com microprocessos vivos, sem ignorar sua inserção em macroprocessos de elaboração e execução de políticas e de programas articulados em uma esfera pública ampliada. Com isso, facilita o diálogo e a conexão entre as instituições e atores territoriais envolvidos, nas perspectivas estratégicas adotadas e nos fluxos de diferentes recursos que as ligam e tornam interdependentes em processos sociopolíticos particulares. Por isso, a maioria das reuniões das redes é itinerante, fazem as reuniões em diferentes espaços da comunidade, como uma forma de conhecer, conectar e apoiar experiências e pessoas. Outra característica é a dinamicidade das redes, devido a participação ser voluntária e pela rotatividade das pessoas no território, bem como suas demandas e tipos vínculos nos serviços ou no território (REDES SOCIAIS LOCAIS DO DF, 2017).

Respondendo ao convite feito pela liderança comunitária de São Sebastião, e como uma contrapartida do TCC ao território, dirigimo-nos a uma segunda vivência em São Sebastião, em novembro de 2017, durante a reunião da Rede Intersetorial de São Sebastião.

Chegamos cedo ao Centro de Referência de Assistência Social (Cras) de São Sebastião, lugar que recebeu o encontro naquele dia. A sala estava organizada com as cadeiras em roda. Próxima à porta, uma pequena mesa com contribuições que os participantes trouxeram para o lanche. A representante do Cras abriu e coordenou a reunião. Justificou uma participação mais reduzida de pessoas aquele dia, em função de ser véspera de feriado. Um a um, fomos nos apresentando: uma psicóloga do Centro Olímpico; um professor da rede pública, representante do projeto “Raio de Luz”; um estagiário em saúde coletiva; duas assistentes sociais, uma delas também cobradora de ônibus; um formando em serviço social ligado à Ação Social do Planalto; uma assistente social do Itapoã; a liderança comunitária e conselheiro de saúde; e nós, estudantes de especialização pela Fiocruz, fazendo um trabalho de pesquisa — motivo de estarmos ali —, e também profissionais do SUS no Ministério da Saúde.

À medida que as falas foram se produzindo na reunião, um assunto se destacou: a mobilidade urbana ou a dificuldade em vivenciá-la em plenitude no DF. A questão do transporte como condição para acesso a diversos serviços públicos e benefícios foi revelando, entre as conversas, várias facetas: as dificuldades para atualização cadastral em programas governamentais de transferência de renda; o acesso ao “passe livre” e a possibilidade de isenção de cobrança para pessoas com deficiência; os desafios para os estudantes residentes em São Sebastião que estudam no Plano Piloto; a falta de transporte para profissionais de

saúde realizarem a assistência, de acordo com o novo território de atuação. Essas questões foram se desdobrando, até encontrar o tema mais amplo daquela reunião, envolvendo saúde mental, ao tratar-se das limitações de deslocamento dos usuários do SUS em São Sebastião para acessar a assistência no Caps II Arthur Bispo do Rosário, no Paranoá. Uma das pessoas presentes, estudante de serviço social, era também cobradora de ônibus e apresentou vários relatos que destacaram o entrelaçamento das demandas e necessidades do território e a importância de se pensar as políticas sociais de modo ampliado. Alguns registros do caderno de campo durante a reunião ilustram partes dos diálogos:

- i) Preocupação com cadastro único — idosos/violência/BPC. Dificuldade para atender/ comunidade “café sem troco”; transporte e custos para as pessoas.
- ii) Centro Olímpico de São Sebastião: sorteio; abertas as inscrições.
- iii) Educação: Informe de professor sobre o Enem: dificuldades sobre o espaço, planejamento: “São Sebastião é Especial”—“pessoal do ABC consegue CEP de São Sebastião e superlota nossas escolas”; quando aluno vai para o Plano Piloto — pergunta de assistente social na reunião: “Tem passe livre?”. “— Com o CEP daqui ou de lá? Mangueiral é São Sebastião?” — CRE: territorialização da educação.
- v) Jardim ABC — Goiás DF 140: São Sebastião até Altiplano — Santa Maria
- vi) São Sebastião: “problema mais difícil é o transporte”; passe livre especial — temporário e validade.
- vii) Necessidade de psiquiatra: discussão de casos (Diário de Campo, novembro de 2017).

Um primeiro aprendizado oferecido pelo encontro na Rede Intersetorial foi o da potência de tratar de questões da conversão da APS entrelaçadas a essas outras situações — transporte, educação, moradia, limites interfederativos, assistência social, acesso a serviços de saúde. O exercício apontou para a amplitude de impactos e transformações que uma política em saúde pode promover em várias outras frentes da vida e das políticas sociais. Igualmente, a nova configuração territorial da ESF se mostrou um tema de muitas dúvidas, confusões e ressentimentos, tanto associadas ao sentido como às atribuições das novas Regiões de Saúde. Também nesse contexto, os rumores²⁸ sobre o *Convert* em seu primeiro ano informaram sobre ressentimentos e conflitos entre profissionais no processo de redistribuição e lotação nas unidades de saúde; desconhecimento da população; verticalidade e centralização nos processos de gestão; poucos espaços de escuta dos trabalhadores nos serviços.

O encontro com lideranças comunitárias, profissionais das redes de atenção (saúde, assistência social e educação) e cidadãos, principalmente no espaço da Rede Intersetorial de

²⁸ Sobre o uso do conceito de “rumor” em antropologia, ver GUTTEREZ, Anelise dos Santos. O rumor e o terror na construção de territórios de vulnerabilidade na zona portuária do Rio de Janeiro. *Mana*, v. 22. n. 1, p. 179-209, 2016; DAS, Veena; POOLE, Deborah. State and its margins: comparative ethnographies. In: DAS, Veena; POOLE, Deborah. *Anthropology in the margins of the State*. Santa Fe: School of American Research Press, 2004. p. 3-33.

São Sebastião, sinalizou não só dificuldades desses setores em dialogar com instâncias da gestão, mas também problemas de custos e decorrências da ausência de recursos para implantação e consolidação do *Convert*.

Entre as observações feitas durante a Reunião Intersetorial, registramos dificuldades para os cidadãos de São Sebastião em acessar serviços que estão na Região Leste de Saúde e também em outra região administrativa, no caso o Paranoá, onde se encontra a superintendência. Outro ponto se referiu à configuração e territorialização das equipes de saúde da família. Os relatos recolhidos trouxeram memórias da atuação de equipes de saúde da família e agentes comunitários em momentos anteriores ao *Convert* (e a lembrança do Programa Saúde em Casa) como exemplos do que teria dado certo no território, informando sobre como o atual processo não acessou ou aproveitou essa memória e essas experiências. Houve também queixas em relação ao território das novas equipes, cujo desenho pareceria muito mais baseado em razões de uma lógica demográfico-administrativa do que na lógica dos territórios vivos, de seus moradores, cotidianos e identidades.

Cabe lembrar que a organização territorial e administrativa anterior era composta por 15 regionais de saúde. A partir de 2016, com a reestruturação da APS, essa estrutura foi descentralizada em sete Regiões de Saúde e respectivas superintendências: Regiões Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudoeste, Centro-Norte e Centro-Sul. A Região Leste, objeto de reflexão do TCC, é composta pelas Regiões Administrativas do Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião.

Como já citado, é relevante, do ponto de vista da gestão, que o Decreto nº 38.017, de 21 de fevereiro de 2017, e as Portarias nº 77 e 78 de 2017 redesenharam a lógica tanto do território quanto da distribuição de serviços, recursos e poder. O quadro desenhado por essas normativas e as dificuldades relatadas nas relações com a gestão encontram um contraste muito interessante com a perspectiva das redes. Do ponto de vista teórico, as redes têm sido objeto de análise de vários campos de conhecimento. A partir do trabalho referencial de Sonia Fleury sobre redes de políticas como uma nova forma de governança, observamos algumas características recorrentes: fluidez, interdependência entre atores, organizações e indivíduos; formalização e informalidade; relações de caráter não hierárquico; regularidade de interações; viabilização de interesses e objetos comuns entre heterogeneidade de parceiros; relações de cooperação sem a eliminação de conflitos e disputas (FLEURY, 2005).

A Rede Intersetorial de São Sebastião está vinculada a um movimento mais amplo no Distrito Federal, envolvendo as Redes Sociais Locais (RSL), que promoveu seu II Encontro

de Redes Sociais Locais do DF entre 01 e 02 de junho de 2017²⁹. No sítio eletrônico sobre as RSL, de onde também foi retirada a citação transcrita no início desse tópico, encontramos a seguinte definição:

As Redes Sociais Locais podem ser entendidas como movimento social urbano, formado por um grupo de pessoas, que se reúnem periodicamente para dialogar sobre seus territórios, se constituindo em ambientes colaborativos, suprapartidários, aberto a participação de todos, horizontais, independentes, autônomos, construtores de vínculos, afetos e solidariedade na efetivação de políticas públicas, na busca da garantia de direitos e cidadania em todo o Distrito Federal (REDES SOCIAIS LOCAIS DO DF, 2017).

A reunião da Rede Intersetorial de São Sebastião, em novembro de 2017, evidenciou vários desses princípios. O tema da saúde mental foi tratado a partir de casos relatados, que buscavam também soluções compartilhadas entre diferentes esferas. Nossa presença, como estudantes da Fiocruz, mas também como profissionais vinculadas ao Ministério da Saúde, foi incorporada à reflexão conjunta, em diálogos sobre a conformação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Distrito Federal, o papel dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), sua relação com a atenção primária e as articulações com a ESF e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf) – questões importantes de serem pensadas também a partir do Decreto nº 7.508/2011, que define a Rede de Atenção à Saúde (RAS) justamente como um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com finalidade de garantir a integralidade da assistência à Saúde” (BRASIL, 2011).

Nessa direção, foram observados outros desafios para a regulação e o acesso à Rede de Atenção (RAS) à Saúde em São Sebastião, sempre focando casos concretos, considerando o novo desenho das regiões e as responsabilidades a serem coordenadas e compartilhadas entre diferentes estruturas no âmbito da Superintendência da Região Leste e da Secretaria de Saúde, e entre instâncias como a Coaps e a Diretoria de Saúde Mental (Disam), vinculada à gestão central Secretaria de Saúde.

A reunião intersetorial deu ao TCC um sentido de acolhimento, de vontade de conversar e fazer juntos, entre pessoas de vários setores, universos e perfis. Os encaminhamentos naquele dia, além de ações para melhorar o acesso de usuários de São Sebastião ao cuidado em saúde mental, trataram também de discutir mobilizações possíveis para a criação de um Conselho Regional de Saúde na Região Leste, envolvendo São

²⁹ O encontro foi resultado de processo colaborativo realizado pelas Redes Sociais Locais do DF, Fiocruz Brasília, Secretaria de Estado de Trabalho, Governo do Distrito Federal (REDES SOCIAIS LOCAIS DO DF, 2017). O conteúdo do encontro também foi produzido de modo colaborativo. Agradecemos a professora Tatiana Oliveira Novais pelas várias contribuições, tanto em relação às redes quanto à realização das vivências em São Sebastião.

Sebastião, Itapoã e Paranoá. E mostraram também a renovação e reinvenção da participação e controle social em saúde nos espaços em rede.

Finalizadas as três cenas e as contribuições que ofereceram para uma reflexão acerca do processo da conversão da atenção primária no DF, faremos, a seguir, algumas sínteses e considerações finais a respeito do tema deste trabalho e do projeto de aplicação.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O PROJETO DE APLICAÇÃO

Ao longo de seu percurso, este trabalho procurou construir uma reflexão sobre a participação social no processo de conversão da atenção primária em estratégia da saúde da família, principalmente ao longo de 2017.

Nesse trajeto, inicialmente promovemos um exercício teórico-metodológico sobre a abordagem antropológica na produção de conhecimento da saúde coletiva e questões éticas levantadas pela regulação e atuação do Comitê de Ética em Pesquisa, pelo direcionamento do TCC a um projeto de aplicação e pelas próprias relações constituídas com pessoas — e sujeitos sociais — no decorrer de nosso estudo.

Trabalhamos em uma perspectiva de inspiração etnográfica que procurou construir seu objeto no entrelaçamento de questões teórico-metodológicas com os documentos levantados e os diálogos e vivências do campo. Dessa abordagem, um ponto defendido é o de que um projeto de aplicação para o SUS, nesse caso, sobre participação e controle social, deve ser fruto de um exercício colaborativo e dialógico entre pesquisadores e os sujeitos/agentes sociais que podem vir a ser afetados e contribuir para esse mesmo projeto, sejam eles cidadãos, usuários do SUS, lideranças comunitárias, profissionais ou gestores da saúde.

Essa posição, que dialoga com a proposta do curso de especialização em saúde coletiva, enfrenta, ao mesmo tempo, as limitações e condições impostas à pesquisa em ciências humanas e ciências sociais pelas normativas do Conep. Assim, seria rico e oportuno que esse debate pudesse ser desenvolvido de modo mais sistemático e ampliado no âmbito da Fiocruz Brasília, focando as contradições que acompanharam o desenrolar do curso de especialização.

Por um lado, há o desejo de uma aproximação dos territórios e de seus sujeitos e de se construir conhecimentos mais próximos das realidades e necessidades sociais do Distrito Federal e a sobreposição de papéis no campo, como profissionais e agentes públicos, e como pesquisadores. Por outro lado, existe a dependência de um processo formalizado junto ao Comitê de Ética para incorporar essa aproximação ao trabalho de conclusão de curso. Evidentemente, não são questões simples, mas enfrentá-las poderá contribuir ao debate mais amplo sobre as relações entre campos distintos que formam a saúde coletiva e as diferentes condições e tradições de produção de conhecimento envolvidas.

Um segundo momento do trabalho enfrentou mais diretamente o tema da saúde pública no DF e o processo de conversão da atenção primária ao modelo de estratégia da saúde da família. Junto a um histórico sobre a atenção primária e tentativas anteriores de

conversão da APS, foram apresentadas três “cenas” sobre participação social nesse contexto. A primeira cena, com relatos sobre o Conselho de Saúde do Distrito Federal, principalmente pela via das atas de reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas em 2016 e 2017, disponíveis na página do Conselho. A segunda cena trouxe um encontro com dois representantes do Conselho de Saúde de São Sebastião. E finalmente, a terceira cena, com a narrativa sobre a participação em uma reunião da Rede Intersetorial de São Sebastião.

As cenas permitiram observar a participação do Conselho de Saúde do Distrito Federal na formulação e acompanhamento do *Convert* como um ‘drama social’, em um processo de interações e conflitos entre controle social e gestão da saúde na construção conjunta de uma política pública. Possibilitaram também, no diálogo com conselheiros de saúde de São Sebastião, evidenciar a importância do tema da identidade social na configuração dos territórios e como isso pode influenciar a implantação e efetividade das novas regiões de saúde, a distribuição e relação entre equipes de saúde da família, rede de serviços e usuários do SUS.

A cena com a Rede Intersetorial de São Sebastião ensinou que falar de conversão da atenção primária é também falar sobre passe livre e mobilidade urbana, sobre as grandes distâncias entre regiões administrativas do DF e sobre o belo potencial das redes de políticas públicas.

Essas cenas vieram como respostas aos momentos iniciais do trabalho, que partiram de várias indicações sobre uma tímida participação de diferentes setores no processo de conversão da atenção primária, não somente em relação ao controle social e aos Conselhos de Saúde, mas também em espaços colegiados dos serviços e da própria estrutura da gestão. Esse cenário surgiu também em conversas informais, no espaço acadêmico da Fiocruz, com colegas de diferentes setores e serviços que viviam o dia a dia do *Convert*. Embora os ritos formais da participação tenham ocorrido no âmbito do Conselho de Saúde do Distrito Federal, os rumores sobre o *Convert* nesse primeiro ano informaram sobre ressentimentos e conflitos entre profissionais no processo de redistribuição e lotação nas unidades de saúde; desconhecimento da população; verticalidade e centralização nos processos de gestão; poucos espaços de escuta dos trabalhadores nos serviços.

A impressão de verticalidade e centralização do processo foi justificada, em alguns cenários por pessoas e por discursos vinculados à gestão, pela “pressa” e o pouco tempo político para implantar a conversão, iniciada no meio da gestão do governador Rodrigo Rollemberg (2015-2018). Nesse sentido, o *Convert* teria se realizado em seu primeiro ano, sobretudo, como um ato de gestão necessário para garantir a implantação do processo.

A crítica a esse modelo de gestão do *Convert*, em seu primeiro ano, traz a preocupação com a sustentabilidade da implantação da estratégia da saúde da família no Distrito Federal. Se não há discussões ampliadas, envolvimento e corresponsabilização de profissionais, cidadãos e usuários do SUS nesse processo, como garantir sua continuidade em uma eventual mudança de gestão em 2019? Como dar a esse processo um caráter de política de Estado, e não de governo, sem comprometer, implicar e compartilhar responsabilidades e poderes com outros grupos de interesse?

Na caminhada entre conselhos e redes, poderão ser úteis e potentes os princípios de uma regionalização solidária e cooperativa, associada à descentralização com equidade no acesso, a existência de colegiados bem estruturados e representativos, o planejamento vinculado às redes de cuidado, a colaboração entre redes de políticas públicas.

O Distrito Federal, por suas especificidades e valências, que ora remetem a estado federado, ora a município, ora à sua singularidade como sede do governo federal, evidentemente traz desafios enormes a esses princípios e sua operacionalização.

Nesse sentido, e reforçando a importância da participação social, a incorporação e o fortalecimento dos atributos das redes de políticas — a natureza não hierárquica e interdependente, a variedade de atores com interesses comuns, o intercâmbio de recursos e um novo modelo de governança — podem ser instrumentos preciosos ao alcance de metas comuns entre grupos, como a própria consolidação e sustentabilidade da conversão da atenção primária no modelo da estratégia da saúde da família ao longo dos próximos anos.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *Aprovada a resolução sobre ética em pesquisa nas ciências humanas e sociais* (15 abr. 2016). Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/formacao-e-educacao/aprovada-a-resolucao-sobre-etica-em-pesquisa-nas-chs/17194/>>. Acesso em: 14 jan. 2018.
- ACSELRAD, Henri. *Justiça ambiental e cidadania*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fundação Ford, 2004.
- ARAUJO, Mara de Fátima dos Santos. *São Sebastião-DF: do sonho à cidade real*. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- BOURDIEU, Pierre. A identidade e a representação: elementos para uma reflexão crítica sobre a ideia de região. In: BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989. p. 107-132.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- BUENO, Barbara de Sousa Oliveira. *A participação da sociedade civil no Conselho de Saúde do Distrito Federal: uma análise sobre a representação dos usuários*. Monografia Bacharelado em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- CARVALHO, Maria do Carmo A. A. Participação social no Brasil hoje. *Polis Papers*, n. 98, 1998. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/841/841.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.
- CHAUI, Marilena. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 1995.
- CLIFFORD, James; MARCUS, George E. (org.). *Writing culture the poetics and politics of ethnography*. Berkeley, CA: University of California Press, 1986.
- CLIFFORD, James. *A experiência etnográfica*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.
- DA MATTA, Roberto. *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.
- DAS, Veena; POOLE, Deborah. State and its margins: comparative ethnographies. In: DAS, Veena; POOLE, Deborah. *Anthropology in the margins of the State*. Santa Fe: School of American Research Press, 2004. p. 3-33.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. Cronologia da luta pela regulação específica para as ciências humanas e sociais da avaliação da ética em pesquisa no Brasil. *Praxis Educativa*, v. 12, n. 1, p. 267-286, 2017.
- EVANS-PRITCHARD, Edward. Evan. Algumas reminiscências e reflexões sobre o trabalho de campo. In: EVANS-PRITCHARD, Edward. Evan. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. p. 298-398.

FIOCRUZ. Escola Fiocruz de Governo. *Caderno do curso de especialização em saúde coletiva 2017-2018*. Brasília: Fiocruz, 2017.

FLEISCHER, Soraya; SCHUCH, Patrice (org.). *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica*. Brasília: Letras Livres; UNB, 2010.

FLEURY, Sonia. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. *Administração em Diálogo*, n. 7, p. 77-89, 2005.

GEERTZ, Clifford. *Obras e vidas: o antropólogo como autor*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato. *Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre contexto político, os problemas, as alternativas, e os atores na formação da política de saúde (1979-2009)*. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neoinstitucionalismo histórico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 6, p. 1409-1419, 2009.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GUTTEREZ, Anelise dos Santos. O rumor e o terror na construção de territórios de vulnerabilidade na zona portuária do Rio de Janeiro. *Mana*, v. 22, n. 1, p. 179-209, 2016.

HEILBORN, Maria Luiza. *Antropologia e saúde: considerações éticas e conciliação multidisciplinar*. In: VICTORIA, Ceres et al. (org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF, 2004. p. 57-64.

JACINTO, Andréa Borghi Moreira Jacinto. *Margens escritas: versões da capital antes de Brasília*. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

JORGE, Marjore Serena; Ventura, Carla Arena. Os conselhos municipais de saúde e a gestão participativa. *Textos & Contextos*, v. 11, n. 1, p. 106 - 115, 2012.

KARPOV, Kleber. Processo de reorganização da atenção primária avança no DF. *Política Distrital*, 6 mar. 2017. Disponível em: <<http://www.politicadistrital.com.br/2017/03/06/processo-de-reorganizacao-da-atencao-primaria-avanca-no-df/>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

MALINOWSKI, Bronislaw. *Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MARCONDES, Danilo. *Textos básicos de ética: de Platão a Foucault*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MOREIRA, Marcelo Rasga. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. *Saúde Debate*, v. 40, n. especial, p. 25-38, 2016.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. *O trabalho do antropólogo*. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Unesp, 1998.

PEREIRA, Camila Tomaz. Análise da dinâmica do colegiado gestor da atenção primária da Região Leste de Saúde do DF – 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

PAIM, Janilson Silva. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

REDES SOCIAIS LOCAIS DO DF. *II Encontro de Redes Sociais Locais do DF, 2017*. Disponível em: <<https://ii-encontro-de-redes-sociais-locais-do-df.webnode.com/>>. Acesso em: 11 fev. 2018.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 8 n. 3, p. 387-406, 2010/2011.

SANTOS, Elton. Secretário se reúne novamente com Conselho de Saúde. *Guardian DF*, 20 jan. 2017. Disponível em: <<http://guardiandf.com.br/2017/02/20/secretario-se-reune-novamente-com-conselho-de-saude-e-recebe-apoio-para-mudancas-na-ses/>>. Acesso em 12 jan. 2018.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Uma crítica aos atuais comitês de ética na pesquisa no Brasil. *História Saúde Ciências – Manguinhos*, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/uma-critica-aos-atuais-comites-de-etica-na-pesquisa-no-brasil/>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

SARTI, Cynthia; DUARTE, Luís Fernando Dias (org.). *Antropologia e ética: desafios para a regulamentação*. Brasília, DF: ABA, 2013.

SES-DF – Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. *Região de Saúde Centro-Sul* (11 dez. 2017). Disponível em: <<http://novosaude.df.gov.br/component/content/article/336-enderecos-e-telefones/866-2016-01-27-13-45-34.html>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

SILVA, Telma Camargo (org.). *Ciclo de estudos e debates: procedimentos éticos e a pesquisa em antropologia*. Goiânia: Punape/UFG, ABA, 2014.

SINDATE-DF – Sindicato dos Auxiliares e Técnicos em Enfermagem do Distrito Federal. *Proposta do segmento dos trabalhadores é rejeitada pela maioria no Conselho de Saúde* (04 out. 2016). Disponível em: <<http://www.sindatedf.com.br/2016/10/proposta-do-segmento-dos-trabalhadores-e-rejeitada-pela-maioria-no-conselho-de-saude.html>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

SINDATE-DF – Sindicato dos Auxiliares e Técnicos em Enfermagem do Distrito Federal. *São Sebastião*: equipes do programa saúde da família estão montadas, mas não fazem cadastro da população (15 nov. 2017). Disponível em: <<http://www.sindatedf.com.br/2017/11/sao-sebastiao-equipes-do-programa-saude-familia-estao-montadas-mas-nao-fazem-cadastro-da-populacao.html>>. Acesso em:

STOTZ, Eduardo Navarro. Participação social. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 293-298.

TURNER, Victor Witter. *Schism and continuity in an african society*. Manchester: Manchester University Press, 1957.

VICTORIA, Ceres et al. (org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF, 2004.

LEGISLAÇÃO E MARCOS NORMATIVOS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196*, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510*, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto no 7.508*, de 28 de junho de 2011. 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, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 15 fev. 2018.

BRASIL. Presidência da República. *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. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 fev. 2018.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 8.142*, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/l8142.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRASÍLIA - DF. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Brasília, DF, 2017a. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília, DF, 12 fev. 2017. Seção 1, p. 4.

BRASÍLIA - DF. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Brasília, DF, 2017b. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília, DF, 12 fev. 2017. Seção 1, p. 4.

BRASÍLIA - DF. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução CSDF nº 464, de 12 de julho de 2016. Aprova a criação e a constituição em caráter temporário da Comissão de Reforma do Modelo Assistencial/Gestão da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. Brasília-DF, 2016a. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília, DF, 29 jul. 2016. Seção 2, p. 72.

BRASÍLIA - DF. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução CSDF nº 465, de 11 de outubro de 2016. Determina que a Estratégia de Saúde da Família seja considerada como a estratégia prioritária da Secretaria de Estado da Saúde do DF (SES-DF), sendo a responsável pelo reordenamento do modelo assistencial de saúde na rede pública de saúde do Distrito Federal. Brasília, DF, 2016b. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília, DF, 24 out. 2016. Seção 1, p. 8.

BRASÍLIA-DF. Governo do Distrito Federal. *Decreto nº 38.017*, de 21 de fevereiro de 2017. Aprova o Regimento Interno das Superintendências das Regiões de Saúde, das Unidades de Referência Assistencial e das Unidades de Referência Distrital, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. Disponível em: <https://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/5c8fb2bfee8d48f99f4888d7de87be17/Decreto_38017_21_02_2017.html>. Acesso em: 13 fev. 2018.

BRASÍLIA-DF. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução CSDF nº 32, de 22 de novembro de 2011. Aprovar por unanimidade o Regimento Interno do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Brasília-DF, 2011. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília, DF, 12 dez. 2011. Seção 1, p. 14.

ANEXOS

ANEXO A

Diagnóstico situacional (16/02/2018)		
Região Administrativa de São Sebastião – 2016		
Dados	Especificações	Fonte: PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (2015)
Características gerais	<p>Sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil, naturalidade</p> <p>População estimada 2016: 100.161</p> <p>População sexo feminino: 50.330 (50,25%)</p> <p>População sexo masculino: 49.831 (49,75%)</p> <p>População segundo cor/raça declarada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Branca: 32.636 (32,58%) - Preta: 8.892 (8,88%) - Amarela: 70 (0,77%) - Parda: 58.563 (58,47%) - Indígena: 0 (0,00) <p>População segundo estado civil/união conjugal:</p> <p>“Sobre o estado civil/forma de união da população de São Sebastião, houve a prevalência dos solteiros, 40,83%, seguidos pelos casados, 31,58%. Destaca-se, ainda, que 20,02% têm união estável e 3,57% são separados. As demais formas de união são menos Representativas” (p. 17)</p> <p>Naturalidade:</p> <p>“Conforme levantamento dos residentes na RA XIV, 46,16% do contingente populacional é nascido no Distrito Federal,</p>	<p>http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2016/PDAD_Sao_Sebastiao_2016.pdf</p>

	<p>enquanto 53,84% são constituídos por imigrantes. Deste total, 58,27% são naturais do Nordeste; 29,15%, do Sudeste, 8,54%, do Centro-Oeste (menos DF); 2,85% vieram do Norte e 0,85% veio do Sul. Em relação à origem por estados, Minas Gerais é o mais representativo, 26,06%, seguido por Bahia, 17,14% e Maranhão, 15,22% (Tabela 2.1 e Gráfico 4).”, p. 19</p> <p>“Ao analisar a distribuição da renda domiciliar bruta mensal, segundo as classes de renda, com base em múltiplos de salários mínimos, verifica-se que as classes mais expressivas são a classe de renda de dois a cinco salários mínimos, 45,43%, seguida por classe de um a dois SM, 22,21%. Com até um salário mínimo se encontram 8,98% dos domicílios. Na RA, entre os domicílios pesquisados, 1,36% dos moradores tem rendimentos acima de 20 salários mínimos. (Tabela 5.8 e Gráfico 10).</p> <p>Considerando a renda média mensal auferida pelos moradores, os 10% mais ricos absorvem 27,27% da renda, e os 10% de menor poder aquisitivo detêm apenas 1,83%. O Coeficiente de Gini é de 0,3542”, p. 34.</p>	
<p>Instrução</p>	<p>Nível de escolaridade, condição de estudo</p> <p>População com Curso Superior completo 2016: 8%</p> <p>Do total de crianças de 0 a 4 anos, 6.251 (85%) estão fora da escola. Entre 5 e 6 anos, 396 (5%) não estão na escola. Das crianças de 6 a 14 anos, 99 (0,10%) estão fora da escola.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De 7 a 17 anos, 96% frequentam escola (18.167) e 764 não estudam. • Entre 18 a 25 anos 34% estudam. Destes, 21% fazem faculdade. 	<p>http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socio_economica/pdad/2016/A_presentacao_PDAD_Sao_Sebastiao_2016.pdf</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Na faixa etária acima de 25 anos apenas 4% frequentam escola. • A escolaridade da população da São Sebastião concentra-se no fundamental incompleto, 39,15%, seguida pelo nível médio completo, 21,78%. Os que possuem ensino superior completo são 8,16%. 	
Trabalho e rendimento	<p>Situação de atividade, classe de renda domiciliar</p> <p>Os ocupados desempenham atividades predominantemente no Comércio, 37,17%, Serviços Gerais, 12,69%, Serviços Domésticos, 12,02% e Construção Civil, 9,30%.</p> <p>Renda Domiciliar real (a preços de dezembro 2016): 3.264</p> <p>Renda Per capita real (a preços de dezembro 2016): 985</p> <p>Os homens representam 67,49% dos responsáveis pelos domicílios na RA e 32,51% são mulheres (Tabela 9.1).(p.46)</p> <p>A maior participação dos responsáveis pelos domicílios, 53,03, concentra-se no grupo de idade com 36 a 55 anos, seguido pelo grupo com mais de 55 anos, 24,92%. Os que têm até 25 anos somam apenas 5,58% (Tabela 9.2).</p>	<p>http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socio_economica/pdad/2016/A_presentacao_PDAD_Sao_Sebastiao_2016.pdf</p>
Domicílios	<p>Condição de ocupação, tipo de serviço de comunicação utilizado</p> <p>Quanto à condição de ocupação, 70,71% dos domicílios são próprios, sendo que 38,62% encontram-se em terrenos não regularizados. Os alugados são 25,59% (Tabela 6.3 e Gráfico 11).</p> <p>Tabela 6.2. Domicílios ocupados segundo o</p>	<p>http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socio_economica/pdad/2016/A_presentacao_PDAD_Sao_Sebastiao_2016.pdf</p>

	<p>Tipo</p> <p>Casa – 92.71%</p> <p>Barraco – 0,17%</p> <p>Quitinete/Estúdio – 3, 93%</p> <p>Apartamento – 2, 68%</p> <p>Uso misto – 0,51%</p> <p>Tabela 8.2. Domicílios segundo o tipo de serviço de comunicação utilizado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Internet: 58.83 % tem - TV por assinatura: 46,62% - Assinatura de jornais:1,09% - Assinatura de Revistas:0,75% 	
<p>Infraestrutura</p>	<p>Água e Luz: “São Sebastião, a quase totalidade dos moradores conta com o fornecimento de</p> <p>Energia elétrica pela rede geral, 97,10% dos domicílios contam com o abastecimento de água e 1,71%, com poço/cisterna” (p. 40)</p> <p>“esgotamento sanitário, em São Sebastião, 92,07% dos domicílios drenam seus esgotos na rede geral, 3,66%, na fossa séptica e 3,93%, em fossa rudimentar (Tabela 7.3).”</p> <p>Coleta de Lixo: “Nos domicílios desta Região, a quase totalidade conta com serviços de limpeza urbana. Destes, 1,78% informou que contam com o serviço de coleta seletiva (Tabela 7.4).”</p> <p>Infraestrutura urbana: “Iluminação pública atende 95,49% dos domicílios e rua asfaltada, 93,44%. Meio-fio e calçadas estão presentes em 90,98% e 85,59% dos domicílios</p>	<p>PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (2015)</p>

	<p>pesquisados, respectivamente.</p> <p>A rede de água pluvial atende 79,50% dos domicílios (Tabela 7.5)”. Áreas públicas Comuns: “A pesquisa revelou que, segundo declaração dos entrevistados, 57,52% dos domicílios estão próximos a uma Área de Proteção Ambiental (APA), 50,18% contam com Ponto de Encontro Comunitário (PEC), 34,57% têm jardins e parques, 32,97% moram em ruas arborizadas, 30,81%, próximos à nascente d’água, 23,56% têm ciclovias e 23,95% moram próximo a um espaço cultural (Tabela 7.7).” p. 42</p>	
<p>Rede Formal</p>	<p>Carta de Serviços - http://www.saude.df.gov.br/servicos.html Região de Saúde Leste: Paranoá e São Sebastião http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/2016-01-27-14-36-54/870-2016-01-27-15-24-12.html No Site, as informações estão separadas por “regional de saúde do Paranoá” e “São Sebastião” Na página referida ao Paranoá, consta Unidades Básicas de Saúde - 17 Unidades Básicas de Saúde em São Sebastião - 8 Unidades Básicas de Saúde no Paranoá - 2 Unidades Básicas de Saúde no Itapoã (Fonte: <i>Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária DF/ 2017</i>) - http://www.saude.df.gov.br/images/Editado.pdf Hospital Regional do Paranoá (Urgência e Emergência; Ambulatório; Clínicas de Internação) Na página referida a São Sebastião, não consta a mesma listagem relacionada às unidades básicas de saúde. São referidas como Unidades de Saúde: - Centro de Saúde no. 01 - Posto de Saúde Rural - Casa de Parto - Clínica da Família - Unidade de Pronto Atendimento http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/2016-01-27-14-36-54/280-regional-de-saude-de-sao-sebastiao.html</p>	