



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

LÍGIA MARIA CARLOS AGUIAR

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL:
UMA ANÁLISE SOBRE O TRABALHO E A VALORIZAÇÃO DOS
ENFERMEIROS**

BRASÍLIA – DF

2023

LÍGIA MARIA CARLOS AGUIAR

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL:
UMA ANÁLISE SOBRE O TRABALHO E A VALORIZAÇÃO DOS
ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção à Saúde (PPG)

BRASÍLIA – DF

2023

LÍGIA MARIA CARLOS AGUIAR

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL:
UMA ANÁLISE SOBRE O TRABALHO E A VALORIZAÇÃO DOS
ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção à Saúde (PPG)

Aprovada em ___ de _____ de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa (Presidente)
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Daniela Savi Geremia (Membro Titular Externo)
Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS

Profa. Dra. Elisabete Pimenta Araújo (Membro Titular Externo)
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Profa. Dra. Maria da Glória Lima (Suplente)
Universidade de Brasília – UnB

BRASÍLIA – DF

2023

Você tem que agir como se fosse possível transformar radicalmente o mundo. E você tem que fazer isso o tempo todo.

Angela Davis

AGRADECIMENTOS

A enfermeira que sou expressa neste estudo o trajeto apoiado por mãos e corações insistentes e resilientes no incentivo de toda uma vida, desde o desenvolvimento humano à consolidação profissional e política.

À minha mãe, Zélia Carlos, pelo primeiro exemplo de cuidado, pela consciência da relevância do trabalho atribuído às funções de gênero, pela inspiração de força, pelo colo compreensivo e por ser minha primeira inspiração na potência de ser mulher. Ao meu pai, José Aguiar, pela insistência na lida diária da vida apesar dos obstáculos, pelo abraço acolhedor mesmo sem saber a razão da necessidade de acolhimento em tantos momentos, pela bravura na defesa e no cuidado da nossa família, pela persistência no compromisso de me ofertar as condições de educação, pelo exemplo de paciência que marca a nossa vida e a minha pele em sua homenagem. À minha irmã, Fernanda Maria, pelo companheirismo, pelo incentivo, pelo respeito, pelo reconhecimento e pelos olhos que brilham e cuidam, expressando o ser humano que mais ama genuinamente em todo o universo. À minha avó, Luiza Carlos, em memória, pela oração que sei que sempre vai me acompanhar em todos os passos da vida.

À Caroline Luísa, minha irmã de alma, minha incentivadora, a pessoa que segura a minha mão e colabora com a condução dos meus passos, muitas vezes acreditando para além do que eu mesma acredito. À Thais Paulo, por ser meu exemplo de força, por me ensinar com sua história maneiras de ser uma enfermeira melhor, pelo encontro de vida e pelo cuidado comigo e minha família. Ao José Carlos, por ser meu colo, cuidado consciente, incentivo irredutível, parceiro de trajetória, exemplo de enfermeiro e ser humano, emissário das melhores notícias da minha carreira até aqui e o melhor amigo que eu poderia ter. À Cassia Thais, pela chegada à família, pelas mãos dadas, pelo aconchego, pelo respeito, pelo estímulo, por saber dividir as lágrimas e os risos.

À Resistência e ao Afronte, meus espaços de construção política, e às/aos dirigentes e companheiras/companheiros que se dedicam com paciência à minha formação política e à transformação do mundo; em especial, ao Caio Henrique, que caminha comigo com parceria, paciência e afeto. À Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), minha *alma mater*, e às pessoas que a constroem, em especial ao Centro Acadêmico de Enfermagem (CAEnf ESCS), responsáveis pela minha formação profissional e política em um lugar de qualidade técnica, científica e de muita resistência. Ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) da ESCS/SES-DF, pela imersão nas práticas de enfermagem

na APS, pelas pessoas com quem me presenteou, pela oportunidade de vivenciar o território de Ceilândia e ali experimentar a intensidade e o diferencial da enfermagem em um território plural e potente.

Às enfermeiras que inspiraram a minha paixão e o meu compromisso com a Atenção Primária à Saúde: Adriana Silva, Grazielle Murici e Juliana Teixeira, obrigada pelo exemplo, pela condução, pela inspiração e por serem as melhores enfermeiras na busca pela equidade e pela garantia do direito à saúde nos territórios onde atuamos juntas, pelos quais, através de vocês, me apaixonei e com os quais pude contribuir por meio da enfermagem. À Fátima Sousa, mais que minha orientadora, minha companheira de luta, a voz da história viva da enfermagem na APS e no SUS que me inspira e me incentiva, minha irmã de sonhos; obrigada por enxergar em mim a potência que, muitas vezes, nem eu mesma sou capaz de reconhecer.

A cada usuária e usuário do SUS que permite que sua vida seja tocada pela minha. A cada pessoa que dedica sua vida a fazer da saúde um compromisso diário e um caminho para a mudança radical do mundo. “Amar e mudar as coisas nos interessa mais.”

RESUMO

O desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde brasileira está ligado à luta da classe trabalhadora por um modelo de saúde abrangente e ao desenvolvimento da enfermagem e suas práticas, principalmente na Estratégia Saúde da Família. Aspectos relacionados ao perfil da categoria de enfermagem, ao seu papel na Atenção Básica e à estruturação do mundo do trabalho se interligam às práticas de enfermagem e refletem no seu reconhecimento social, influenciando a valorização profissional. O trabalho é uma categoria analítica atravessada não apenas pela transformação de matéria em produto; nele estão relações sociais perpassadas pelos aspectos de classe, raça/etnia e gênero. Nessa perspectiva, as medidas de austeridade inerentes às crises capitalistas resultam em precarização do trabalho, com implicações nas práticas de saúde e, portanto, de enfermagem. O objetivo geral do estudo é analisar as práticas de enfermagem no contexto da APS no DF, com objetivos específicos: analisar o perfil profissional e sociodemográfico dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica à Saúde no DF; descrever os cenários de prática dos enfermeiros nas regiões de saúde do DF; caracterizar as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros na Atenção Básica à Saúde, segundo seus processos de trabalho, sob a ótica da coordenação do cuidado; sistematizar a narração dos enfermeiros sobre sua percepção acerca de suas práticas no âmbito da Atenção Básica à Saúde, no tocante ao reconhecimento social e à valorização de seu trabalho; produzir um *podcast* que dialogue acerca das narrativas dos profissionais sobre o cotidiano do trabalho, com vistas à publicidade das práticas de enfermagem no âmbito da Atenção Básica, através de uma ferramenta de grande alcance, para a valorização profissional e o reconhecimento social. Para isso, parte da hermenêutica dialética, através de metodologia mista quali-quantitativa; dados quantitativos coletados por questionário eletrônico, analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences; coleta de dados qualitativos com roteiro semiestruturado, entrevistas audiogravadas, transcritas e analisadas através do *software* NVivo, com o método de análise de conteúdo de Bardin. A relação dos dados traçou o perfil da categoria e de sua percepção sobre o trabalho. Resultados demonstram que enfermeiros na APS do DF são majoritariamente do sexo feminino, pardos, casados, católicos, de outros municípios e residentes onde trabalham, formados em instituições brasileiras, graduados há mais de dez anos e pós-graduados. As características históricas, culturais e sociodemográficas do DF repercutem na percepção dos enfermeiros sobre o cotidiano do trabalho, o reconhecimento e a valorização social. A pandemia de COVID19 acentuou condições de precarização do trabalho, influenciando a percepção dos profissionais sobre o sentido do trabalho e a valorização social. A influência da formação histórica e cultural e elementos relacionados à divisão técnica e social do trabalho ainda é vigente, sobretudo sob o capitalismo e suas crises, que repercutem no trabalho. A pandemia recrudescer condições laborativas deletérias, ao passo que impulsionou consciência coletiva na enfermagem e desnudou a importância da Saúde da Família enquanto estratégia de execução da Atenção Primária e caminho para transformação do modelo de saúde. A enfermagem é categoria pilar na construção de modelos e sistemas de saúde voltados à universalidade, sob construção da integralidade e equidade, tendo a Atenção Primária como eixo condutor da garantia da saúde enquanto direito.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; Trabalho; Papel da Enfermeira; Valorização da Enfermagem.

ABSTRACT

The development of Brazilian Primary Health Care is linked to the struggle of the working class for a comprehensive health model and the development of nursing and its practices, mainly in the Family Health Strategy. Aspects related to the profile of the nursing category, its role in Primary Care and the structuring of the world of work are interconnected with nursing practices and reflect on its social recognition, influencing professional appreciation. Work is an analytical category traversed not only by the transformation of matter into product; it contains social relations permeated by aspects of class, race/ethnicity and gender. In this perspective, the austerity measures inherent to capitalist crises result in precarious work, with implications for health practices and, therefore, for nursing. The general objective of the study is to analyze nursing practices in the context of PHC in the DF, with specific objectives: to analyze the professional and sociodemographic profile of nurses who work in Primary Health Care in the DF; describe the practice scenarios of nurses in the health regions of the DF; characterize the practices developed by nurses in Primary Health Care, according to their work processes, from the perspective of care coordination; to systematize the narration of nurses about their perception of their practices in the scope of Primary Health Care, with regard to social recognition and appreciation of their work; produce a podcast that dialogues about the professionals' narratives about the daily work, with a view to publicizing nursing practices in the scope of Primary Care, through a far-reaching tool, for professional appreciation and social recognition. For this, it starts from dialectical hermeneutics, through a qualitative and quantitative mixed methodology; quantitative data collected by electronic questionnaire, analyzed by the Statistical Package for the Social Sciences program; qualitative data collection with a semi-structured script, audio-recorded interviews, transcribed and analyzed using the NVivo software, with Bardin's content analysis method. The list of data traced the profile of the category and its perception of work. Results show that nurses in PHC in the DF are mostly female, brown, married, Catholic, from other municipalities and residents where they work, trained in Brazilian institutions, graduated for more than ten years and postgraduate. The historical, cultural and sociodemographic characteristics of the DF have an impact on the nurses' perception of their daily work, recognition and social appreciation. The COVID19 pandemic has accentuated precarious work conditions, influencing professionals' perception of the meaning of work and social appreciation. The influence of historical and cultural background and elements related to the technical and social division of labor is still in force, especially under capitalism and its crises, which have repercussions on work. The pandemic has intensified deleterious working conditions, while boosting collective awareness in nursing and laying bare the importance of Family Health as a strategy for implementing Primary Care and a way to transform the health model. Nursing is a pillar category in the construction of models and health systems aimed at universality, under the construction of comprehensiveness and equity, with Primary Care as the guiding axis of guaranteeing health as a right.

Keywords: Basic Health Care; Nursing; Family Health Strategy; Work; Nurse's Role; Valuing Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Subcategorias da pesquisa Práticas de Enfermagem na APS.....	93
---	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos enfermeiros atuantes na APS do DF	101
Tabela 2. Perfil de formação dos enfermeiros atuantes na APS do DF.....	103
Tabela 3. Gestão da informação e tradução do conhecimento pelos enfermeiros atuantes na APS do DF.....	104
Tabela 4. Associativismo entre os profissionais atuantes na APS do DF.....	105
Tabela 5. Condições de emprego, trabalho e salário: vínculo profissional à APS	107
Tabela 6. Condições de emprego, trabalho e salário: avaliação das condições de trabalho e influência do trabalho em equipe.....	111
Tabela 7. Condições de emprego, trabalho e salário: gestão das unidades.....	113
Tabela 8. Condições de emprego, trabalho e salário: remuneração.....	114
Tabela 9. Principais práticas coletivas	116
Tabela 10. Principais práticas individuais: atuação no território.....	117
Tabela 11. Principais práticas individuais: gestão da UBS	119
Tabela 12. Principais práticas individuais: assistência	121
Tabela 13. Compreensão sobre as práticas profissionais e o processo de trabalho: percepção da resolutividade.....	122
Tabela 14. Compreensão sobre as práticas profissionais e o processo de trabalho: prioridade das ações	123
Tabela 15. Outras percepções sobre as práticas profissionais	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEFACO	Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CE	Consulta de Enfermagem
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEST	Comitê Estudantil
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRDF	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAPS	Departamento de Assistência e Promoção da Saúde
DF	Distrito Federal
DIRAPS	Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública

DRU	Desvinculação de Receitas da União
eAB	Equipe de Atenção Básica
eABP	Equipe de Atenção Básica Prisional
eCR	Equipe de Consultório na Rua
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
ENEEnf	Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem
EPI	Equipamento de Proteção Individual
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
	Equipe de Saúde da Família Rural
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FS	Faculdade de Ciências da Saúde
GCS	Gerência de Centro de Saúde
GES	Gerência de Educação em Saúde
GESF	Gerência de Saúde da Família
GDF	Governo do Distrito Federal
GIC	Grupo de Integração Comunitária
GSAP	Gerência de Serviços da Atenção Primária
HFA	Hospital das Forças Armadas
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IAPAS	Instituto de Arrecadação da Previdência Social
ICS	Instituto Candango de Solidariedade
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPASE	Instituto de Previdência e Aposentadoria dos Servidores do Estado
LabECoS	Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal

MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESP	Núcleo de Estudos em Saúde Pública
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOVACAP	Companhia Urbanizadora da Nova Capital
NRAD	Núcleo de Atenção Domiciliar
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organização Social de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAM	Posto de Assistência Médica
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PDS	Plano Distrital de Saúde
PEC	Programa de Extensão de Cobertura
PED	Planejamento Estratégico Democrático
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem
PRS	Programa de Gestão Regional da Saúde
PSC	Programa Saúde em Casa
PSE	Programa Saúde na Escola

PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REMA	Plano de Reformulação do Modelo Assistencial
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
	Statistical Analysis System
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Sistema Local de Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUGEP	Subsecretaria de Gestão de Pessoas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UHS	Universal Health Coverage
UnB	Universidade de Brasília
UnDF	Universidade do Distrito Federal Jorge Amaury
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URD	Unidade de Referência Distrital
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	17
1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 OBJETIVO GERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1 O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA E A INFLUÊNCIA INTERNACIONAL.....	25
3.2 O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL	45
3.3 A HISTÓRIA DA ENFERMAGEM E A CONSOLIDAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL NO BRASIL	71
3.4 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	76
3.5 MUNDO DO TRABALHO E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM.....	81
4 MÉTODOS.....	89
4.1 NATUREZA DO ESTUDO	89
4.2 EPISTEMOLOGIA DO MÉTODO: HERMENÊUTICA DIALÉTICA.....	90
4.3 UNIVERSO DA PESQUISA	91
4.4 COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	91
5 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL.....	97
6 PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL: CONDIÇÕES DE TRABALHO E A VISÃO DE QUEM REALIZA 106	
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS	136
8 APÊNDICES.....	142
8.1 APÊNDICE 1: ARTIGO “PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL”.....	142

APRESENTAÇÃO

A ciência não pode ser tomada, sob nenhuma hipótese, como um espaço pretensamente neutro, e não apenas no que diz respeito aos interesses que a atravessam: o fazer científico responde a quem contribui e corresponde a quem o realiza. É sob esse prisma que se torna indispensável expressar de onde fala quem constrói o saber.

Este estudo parte do mesmo lugar de quem o produz. Vem, portanto, da periferia do Distrito Federal; do desenvolvimento social e humano atravessado pela realidade da Região Administrativa II do Distrito Federal, o Gama; da realidade que impulsionou o olhar sobre o DF a partir de uma lógica diferente da perspectiva centralizada, racista, machista e elitista que imprime a face principal dessa cidade. Parte do cotidiano de uma usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), antes de qualquer coisa, que entrega nas mãos dos profissionais desse sistema o cuidado de si e de sua família. Profissional e politicamente, as ideias aqui expressas se originam no espaço da educação superior pública, no chão e na resistência da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS), componente histórico e central da política de saúde local e da formação profissional centrada no SUS e para o SUS. Desse lugar vêm a paixão pela saúde pública do DF e a experiência imersiva em sua realidade desde a graduação e, como profissional graduada, no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da ESCS/FEPECS/SES-DF, que oportunizou a concretude do compromisso com os territórios e com o cuidado no cenário de Ceilândia, somando uma vivência única ao olhar descentralizado e territorialmente enraizado no que tange à saúde no DF.

Além do espaço da educação formal, a compreensão sobre a saúde e o fazer profissional partem, ainda, do espaço do movimento estudantil, construindo o Centro Acadêmico de Enfermagem da ESCS, o Comitê Estudantil da Associação Brasileira de Enfermagem (COEST/ABEn) e a Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEEnf). Para atuar nesses espaços, a base política e o ímpeto de luta se firmam no cotidiano da coletividade, assumindo a necessidade e a relevância dos espaços de organização política Resistência e Afronte. Na soma de todas essas construções, a iniciativa de contribuir com conselhos e conferências de saúde marca o caminho que traz quem produz o que aqui está expresso e registrado, encontrando no controle social do SUS um espaço de disputa de ideias para fazer do direito à saúde realidade.

Os conhecimentos, ideias, experiências e ideais que aqui se encontram com os conhecimentos fomentados pela pesquisa e pela atuação de um corpo sólido e comprometido

de profissionais atuantes na pesquisa nacional que subsidia este estudo partem, portanto, do chão da luta, da mobilização das ruas, da troca de ideias e da construção de sínteses transformadoras no seio do movimento sanitário brasileiro, que se renova em gerações nascidas do compromisso com a equidade e do ímpeto cada vez mais intenso e irrefreável de transformação da realidade.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve por finalidade analisar as práticas de enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal (DF). De antemão, faz-se necessário ponderar sobre a coexistência dos termos “Atenção Básica à Saúde”, permanente por sua historicidade e relevância social e sanitária – tendo sido cunhado em Alma-Ata e mundialmente consensuado –, e “Atenção Primária à Saúde”. Sousa e Hamann (2009) afirmam que as diferenças entre ambos se encontram nas dimensões políticas, sociais e culturais de cada nação, pautadas pela relação estabelecida entre Estado e sociedade. A disputa, não apenas entre os termos, mas entre os modelos assistenciais por eles expressados, levou ao uso equivalente para fins de formulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desde sua primeira versão (2006) até as revisões de 2011 e 2017, sob a justificativa de que os dois conceitos seguem uma direção comum: a construção de um novo modelo de atenção à saúde, cujos princípios e diretrizes se sustentam no cuidado, na qualidade e na resolutividade (SOUSA; HAMANN, 2009).

Contudo, vale a reflexão de que a disputa não é apenas semântica, mas essencialmente política. Verifica-se que, em português, “básico” assume sentido de essencial, primordial, fundamental, distinto de “primário”, que pode significar primitivo, simples, fácil, rude (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Ademais, o uso do termo “Atenção Primária à Saúde” se alinha ao

[...] contexto histórico internacional de difusão das propostas de ajuste fiscal do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial nos países latino-americanos, com forte ênfase para programas de APS seletivos e focalizados, contrários aos princípios de universalidade e integralidade do SUS. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 538-539)

Reconhecer o contexto de formulação da APS para além da estruturação setorial, no sentido de iniciativa política, é necessário para que não se percam de vista os princípios e as diretrizes que fazem dela o pilar estruturante da saúde de uma nação (STARFIELD, 2002). A Atenção Primária refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas, constituindo, em sua origem, o primeiro contato dos usuários com o sistema de atenção à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; OLIVEIRA, 2019). Para tal, segundo Starfield (2002), a Atenção Primária conta com os atributos: acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, integralidade, competência cultural e orientação familiar e comunitária.

Desta feita, a equivalência entre os termos não pode fragilizar as barreiras às tentativas

de simplificação e destituição da essencialidade do primeiro nível de atenção, jamais prescindindo da defesa da APS enquanto

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Sob essa perspectiva, parte-se do pressuposto de que os enfermeiros têm o potencial de exercer esses atributos desde a organização do processo de trabalho no cotidiano, abrangendo a resolução das situações e dos problemas identificados em cada Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo necessário avaliar, refletir e compreender o impacto do processo de trabalho na concretização das práticas de enfermagem e seu reflexo no desenvolvimento da autonomia profissional e na valorização da categoria.

No enfoque da APS, a atuação do enfermeiro vai além da dimensão técnico-assistencialista ou da aplicação imediata e direta de conhecimentos técnico-científicos, e se concentra em saberes que consideram as inter-relações e a dinâmica coletivo-social de todos os envolvidos no processo (OLIVEIRA, 2019). Esses saberes abrangem os processos saúde-doença, tecnologias disponíveis, aspectos culturais sobre saúde e doença, linguagens, valores e crenças da população, e são portanto atravessados por características do território e do sistema, como dificuldades socioeconômicas e baixo nível de escolaridade, distância geográfica entre os domicílios e a Unidade de Saúde da Família (USF) e inadequadas condições de trabalho, como deficiência na infraestrutura física e material das unidades e relação distante da gestão com o trabalho da Equipe de Saúde da Família (eSF) (OLIVEIRA, 2019).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é prioritária para que a APS seja, no Brasil, o primeiro ponto de atenção e a porta de entrada preferencial do usuário ao serviço, sendo ordenadora das ações e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (OLIVEIRA, 2019). A ESF foi instituída no Brasil em 1994, como política nacional de APS, para reorientar o modelo assistencial e garantir o acesso da população a serviços de saúde mais próximos e de qualidade (OLIVEIRA, 2019). A ESF é operacionalizada mediante ações preventivas, promocionais e de reabilitação, prestando cuidados fundamentados nos princípios do SUS e reorganizando o sistema na lógica do cuidado continuado, resolubilidade e participação comunitária, de forma integral e gratuita a todas as pessoas do territórios, considerados os determinantes e condicionantes de saúde (OLIVEIRA, 2019).

A compreensão tanto dos êxitos setoriais como dos dilemas e das derrotas globais que se expressam em cada setor exige um entendimento dialético da realidade, em que as lutas setoriais não podem ser tomadas apenas no interior de suas fronteiras (DANTAS, 2018). Um rápido balanço da trajetória cumprida até aqui no SUS remete aos constantes ataques sofridos desde 1988, com a enorme ampliação do setor privado e o consequente enfraquecimento do setor público (DANTAS, 2018). A história da saúde brasileira permite verificar que o acompanhamento tecnológico do mundo ocidental incorporou nas práticas nacionais um arsenal tecnológico de alto custo, acesso restrito e baixo impacto na qualidade da saúde, operando em uma lógica privatista com práticas curativas, individuais e assistencialistas que negligenciam as políticas públicas em favorecimento ao setor privado e ao mercado da saúde (MONTEIRO, 2021).

A crise do capitalismo tem apresentado grande ofensiva na saúde, aprofundando a comercialização e fortalecendo tendências de segmentação e de mercantilização dos serviços (MARTINS; DAVID, 2019). A atenção à saúde e as práticas profissionais no sistema de saúde sofrem determinações que visam a adequar a produção dos serviços à manutenção da ordem capitalista (MARTINS; DAVID, 2019). Nesse cenário, a prática profissional na APS tende a se adaptar de forma acrítica às demandas institucionais para atender às necessidades de saúde e/ou da redução dos custos no setor (MARTINS; DAVID, 2019).

As medidas de austeridade se refletem na APS no agravamento das condições de saúde, frente à diminuição do alcance da proteção social dos usuários, e na precarização, considerando-se a retirada de direitos e a fragilização dos vínculos trabalhistas (MARTINS; DAVID, 2019). Nas conjunturas de crise, observam-se movimentos mais visíveis de reorganização e reestruturação produtiva na saúde, com repercussões diretas no trabalho da enfermagem, como distanciamento do enfermeiro para com seu objeto de trabalho (o cuidado direto) e a baixa qualidade da atenção prestada pelo nível técnico e auxiliar de enfermagem, que, em grande parte, realizava ações simples demandadas diretamente pelos médicos, em precárias condições de trabalho (MARTINS; DAVID, 2019).

Ainda assim, a relevância do enfermeiro para a reorientação do modelo de atenção à saúde pela ESF se dá principalmente pela coordenação do cuidado coletivo e individual em uma perspectiva integral, no âmbito do trabalho em equipe (MARTINS; DAVID, 2019). Para se analisar o trabalho de enfermeiros, é necessário levar em consideração vários aspectos, como: as políticas de saúde, o contexto de vida e de saúde, as condições de trabalho dos profissionais e os fatores pertinentes à subjetividade profissional, como o sentido do trabalho (OLIVEIRA,

2019). Além disso, é necessário o questionamento sobre o modelo de atenção à saúde, que recebe influência direta do desenvolvimento do trabalho da enfermagem na Atenção Básica quando a categoria contribui para a transformação paradigmática do trabalho em saúde a partir do cuidado integral e equitativo no primeiro nível de atenção, priorizando as reais demandas e necessidades da população (MONTEIRO, 2021). O materialismo histórico-dialético contribui na contextualização histórica e social da prática da enfermagem como síntese de múltiplas determinações (políticas e econômicas), conforme o movimento de produção e reprodução do capital no interior da ordem social (MARTINS; DAVID, 2019).

O trabalho da enfermagem pode ser considerado como o resultado de complexos processos sociais, manifestando a disputa de diferentes concepções, modelos de atenção e cuidados de saúde em determinada conjuntura histórica (MARTINS; DAVID, 2019). A prática social da enfermagem, em um primeiro elemento, diz respeito à constituição da enfermagem moderna, com base na divisão técnica e social do trabalho, isto é, na separação entre trabalho intelectual e manual e na reprodução sistemática do caráter hierárquico das relações entre classes sociais na profissão (MARTINS; DAVID, 2019). Um segundo elemento diz respeito ao desenvolvimento do saber da profissão, a partir da construção de técnicas e teorias científicas da enfermagem, pautado pela busca da autonomia da prática e pela valorização do enfermeiro (MARTINS; DAVID, 2019).

A prática profissional da categoria apresenta modificações nos últimos anos, apontando para maior atuação clínica e normatizada, com enfoque no modelo biomédico na APS (MARTINS; DAVID, 2019). A categoria tem apresentado dificuldades em manter as prerrogativas do cuidado dos princípios da APS e do SUS no cotidiano do trabalho em equipes na ESF (MARTINS; DAVID, 2019). É necessário relacionar as modificações normativas da APS às estratégias do Estado para a superação da crise econômica e política e de seu reflexo no desfinanciamento do sistema público de saúde, com conseqüente precarização do trabalho e sucateamento dos serviços (MARTINS; DAVID, 2019).

Alguns aspectos do trabalho na ESF têm contribuído para a sobrecarga do enfermeiro, destacando-se a demanda excessiva, o déficit na infraestrutura das unidades e falhas na rede de atenção, o que dificulta sua efetividade enquanto estratégia privilegiada para atingir o acesso universal em saúde (OLIVEIRA, 2019). A deficiente articulação dos serviços da APS com os níveis secundário e terciário, enquanto conformação da rede de saúde dentro dos parâmetros de referência e contrarreferência e de acordo com o princípio da integralidade, soma-se à redistribuição e expansão do número de médicos com perfil adequado para trabalhar na lógica

organizativa da APS; à heterogeneidade da qualidade local da atenção; às dificuldades de expansão da ESF nos grandes centros urbanos; e à redução dos ACS nas equipes, fragilizando o vínculo e a confiança entre equipe de referência e comunidade (SOUSA, 2022).

A cobrança que se impõe aos enfermeiros não é proporcional às condições que lhes são dadas para responder com qualidade às prerrogativas da saúde da família e à demanda espontânea (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018). Sendo assim, observa-se a vivência de situações conflituosas nas tomadas de decisões, pois os enfermeiros reconhecem que alguma atividade terá que ser negligenciada, em geral suas atribuições específicas, para que outra seja realizada, ocasionando-lhes sentimentos de frustração e dúvida quanto ao seu desempenho na APS (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

O enfermeiro na APS vem conquistando espaço social e reconhecimento junto aos integrantes da equipe de saúde e dos usuários que vivenciam com ele o atendimento clínico e identificam nele a referência para o seu cuidado, o que lhe traz muita satisfação e dá sentido ao trabalho (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018). Quatro aspectos foram destacados por enfermeiros da ESF como importantes para a realização de suas atribuições: a) valorização e reconhecimento; b) educação permanente; c) vínculo estabelecido com a comunidade; e d) trabalho conjunto com os ACS (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

Um trabalho que possui sentido para enfermeiros que atuam na APS precisa possuir características como: ser fonte de prazer e de relações interpessoais (profissionais e sociais); ser remunerado adequadamente; propiciar qualidade de vida e reconhecimento profissional; e possuir uma carga de afazeres adequada (BRANDÃO *et al.*, 2019).

Tendo em vista esse contexto e diante das práticas desenvolvidas pelos enfermeiros na Atenção Básica à Saúde no Brasil, questiona-se: como a conjuntura do mundo do trabalho tem influenciado a condução do processo de trabalho dos enfermeiros e refletido em sua valorização profissional?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas de enfermagem no contexto da Atenção Básica à Saúde no Distrito Federal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar o perfil profissional e sociodemográfico dos(as) enfermeiros(as) que atuam na Atenção Básica à Saúde no Distrito Federal;
2. Descrever os cenários de prática dos(as) enfermeiros(as) nas regiões de saúde do Distrito Federal;
3. Caracterizar as práticas desenvolvidas pelos(as) enfermeiros(as) na Atenção Básica à Saúde, segundo seus processos de trabalho, sob a ótica da coordenação do cuidado;
4. Sistematizar a narração dos(as) enfermeiros(as) sobre sua percepção acerca de suas práticas no âmbito da Atenção Básica à Saúde, no tocante ao reconhecimento social e à valorização de seu trabalho;
5. Produzir um *podcast* que dialogue acerca das narrativas dos profissionais sobre o cotidiano do trabalho com vistas à publicidade das práticas de enfermagem no âmbito da Atenção Básica, através de uma ferramenta de grande alcance, para a valorização profissional e o reconhecimento social.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA E A INFLUÊNCIA INTERNACIONAL

Internacionalmente, a Atenção Básica à Saúde é considerada a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão. Nos países periféricos, a Atenção Básica (AB) corresponde também, com frequência, a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Isso exemplifica a concomitância das várias concepções de AB ao redor do mundo. Independentemente de qual perspectiva se adote, atualmente é consenso que a atuação da enfermagem na Atenção Básica é pilar fundamental de seu progresso.

Para se compreender de maneira mais robusta e assertiva a relação entre as práticas de enfermagem e o desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde no Brasil, é necessário mergulhar na história de ambos, tanto no território brasileiro quanto no cenário mundial, entendendo seus encontros e como dividem épocas, situações e conjunturas – histórica e politicamente – que, ainda hoje, influenciam sua execução cotidiana.

A primeira formalização de uma proposta governamental de organização de um primeiro nível de atenção à saúde ocorreu em 1920, na Grã-Bretanha, expressa no Relatório Dawson, que propôs a prestação de serviços de Atenção Primária por equipes de médicos e pessoal auxiliar em centros de saúde, através de serviços preventivos e curativos prestados por médicos generalistas do distrito em cooperação com serviços de enfermagem eficientes (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), em uma tentativa do governo inglês de se contrapor ao modelo flexneriano (MONTEIRO, 2021). A proposta incluía uma organização regionalizada e hierarquizada, e separava funções clínicas e de saúde pública: o foco do centro de saúde eram os serviços preventivos, enquanto ambulatórios e hospitais davam conta dos tratamentos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Seu objetivo era modificar o contexto da saúde inglesa, que operava com custos elevados e baixa resolutividade da atenção médica, em uma perspectiva individual de cunho curativo (MONTEIRO, 2021).

O Brasil acompanhou o movimento internacional. Entre 1930 e 1940, a Fundação Rockefeller difundiu no país um modelo de centro de saúde como instituição exclusivamente de saúde pública, focada em doenças específicas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Exceto em casos de certas doenças transmissíveis, esses centros não atendiam pobres, que eram

encaminhados a ambulatórios e hospitais filantrópicos quando comprovavam indigência (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). No plano internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apontava para o desenvolvimento econômico no campo da saúde, com ações direcionadas ao fortalecimento dos serviços básicos (MONTEIRO, 2021). O ideário levou à discussão sobre a determinação econômica e social da saúde na década de 1960 (MONTEIRO, 2021).

Internacionalmente, a década de 1970 consolidou um processo de questionamento de modelos de combate às endemias em países em desenvolvimento e do modelo médico hegemônico especializado e intervencionista, fomentado pela OMS, para uma verticalização da atenção à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) e incluído nos debates estimulados nas conferências que discutiram os cuidados primários em saúde em 1977 e 1978. Promovidas pela OMS e pelo Fundos das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), tais conferências culminaram no projeto “Saúde para Todos no Ano 2000” (MONTEIRO, 2021).

Já existiam ensaios de estruturação de serviços de saúde básicos, como ocorria com os países socialistas que compunham a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Esses países fomentavam o modelo ambulatorial de centros de saúde, que articulavam serviços preventivos de acesso universal financiados por recursos fiscais e prestados por equipes básicas em locais denominados policlínicas, que ficavam situados nos locais de trabalho (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Acompanhando esse movimento expansivo de serviços básicos, em 1978 a China propôs à OMS a realização de uma conferência internacional para difundir modelos alternativos de atenção à saúde – era a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão, então república da URSS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A China, contudo, não participou da conferência em razão de disputas políticas com a URSS e de divergências acerca dos modelos de atenção à saúde no interior do bloco socialista; o Brasil tampouco se juntou aos 134 governos participantes, que enviaram mais de três mil delegados (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A Conferência de Alma-Ata abre o debate sobre uma Atenção Primária à Saúde fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, orientada por princípios de solidariedade, equidade e foco na proteção e promoção da saúde, pressupondo a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos – incluindo até práticas tradicionais (curandeiros e parteiras) e agentes da comunidade treinados para tarefas específicas, o que contrapunha o elitismo médico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Compreendem-se, assim, a saúde como direito humano

e a necessidade de abordagem aos determinantes sociais e políticos, no sentido de garantia do acesso a todas as pessoas e famílias da comunidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Para tal, a Atenção Básica deveria representar o primeiro nível de contato das pessoas com o sistema de saúde, estando territorializada onde seu público-alvo reside e trabalha; mas não só isso, também deveria integrar um processo permanente de assistência sanitária, abrangendo prevenção, promoção, cura e reabilitação, através de tecnologias acessíveis e facilitadoras da proximidade entre os serviços de saúde e o território onde vivem as pessoas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; LEAL, 2021).

Toda essa mudança na concepção de saúde, na América Latina, foi concomitante à queda das ditaduras no continente, em um processo no qual a redemocratização convergia com o questionamento ao modelo de saúde estadunidense, incompatível com a realidade social local (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Enquanto se difundiam os ideias de Alma-Ata, no cenário latino americano a medicina comunitária assumia o caráter de organização paralela da assistência médica individual a pessoas excluídas dos cuidados de saúde por hipossuficiência no consumo direto de bens e serviços, atribuindo à atenção em saúde um caráter de política social associada ao direito à saúde e articulando princípios de participação social e de ampliação da força de trabalho em saúde por meio do treinamento profissional de pessoas pobres (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No Brasil, a década de 1970 foi marcada pelo aprofundamento da crise econômica, o que repercutiu na saúde com a consolidação do questionamento ao modelo médico previdenciário. Abriram-se então caminhos para o início da reformulação da Atenção Básica no país, concomitantemente à luta para a garantia de recursos financeiros que pudessem mitigar as mazelas dos sistemas social e de saúde. Embora o Brasil não tenha participado de Alma-Ata, as práticas de Atenção Básica em seu território coadunavam com as disposições da declaração soviética (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Um exemplo de adesão ao remodelamento da Atenção Básica no Brasil é o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que visava à construção de unidades básicas de saúde e à implantação de serviços de primeiro nível em pequenas cidades, sendo pioneiras da iniciativa as Regiões Norte e Nordeste (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). O PIASS expressou a entrada de técnicos do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) no aparelho estatal, a partir de grande articulação com universidades públicas brasileiras, com resultados de expansão da rede ambulatorial pública a partir da regionalização administrativa (HILDEBRAND, 2008).

A continuidade da experiência brasileira com a Atenção Básica foi marcada pela disputa internacional, sobretudo no tocante à concomitância de concepções de Atenção Básica que coexistiam no Brasil e prejudicavam a execução dos princípios e do propósito de uma Atenção Básica voltada para a comunidade – dada a prevalência da concepção seletiva, com grande influxo de ideias restritivas de atenção à saúde pelos organismos internacionais nos países em desenvolvimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Exemplo marcante disso é a influência da Fundação Rockefeller no Brasil, que inculcou no cenário nacional o debate opositor às concepções de Alma-Ata, sendo, inclusive, promotora de reuniões entre entidades internacionais na Itália, nas quais estiveram presentes o Banco Mundial, a Fundação Ford, a agência canadense Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento e a estadunidense Agência Internacional para o Desenvolvimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Isso demonstra que a execução das noções de Atenção Básica preconizadas em Alma-Ata se distanciou da concepção original, propagando ideais seletivos com amplo apoio de agências internacionais, a fim de fomentar a ideia da Atenção Básica como um projeto estritamente destinado aos pobres, em comunidades marginalizadas – não como o centro do sistema de saúde (MONTEIRO, 2021).

Esses debates estruturados para questionar a Declaração de Alma-Ata e pressupor nos países em desenvolvimento uma estrutura de saúde pública contrária aos princípios equitativos discutiam a concepção seletiva como estratégia de controle de doenças nesses locais, sem as perspectivas de promoção da saúde e de coletividade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Tal movimento levou à disseminação das intervenções GOBI, cujas iniciais em inglês se traduzem em: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (*growth monitoring*), reidratação oral (*oral rehydration*), aleitamento materno (*breast feeding*) e imunização (*immunization*) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A esse pacote restrito foram incorporados os programas FFF: suplementação alimentar (*food supplementation*), alfabetização feminina (*female literacy*) e planejamento familiar (*familial planning*) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Agências internacionais, como a UNICEF, foram grandes fomentadoras dessas iniciativas seletivas voltadas à Atenção Básica, sendo criticadas pelo tecnocratismo e por desconsiderarem a exigência de melhorias socioeconômicas, privando a população do foco nos determinantes sociais para uma abordagem efetiva de saúde e dando ênfase a medidas focalizadas que visavam à facilidade de avaliação e ao alcance de metas – em uma lógica mercadológica incompatível com a saúde pública (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A

disseminação de programas seletivos na APS foi recrudescida pelo cenário de crise econômica nos anos 1980, que favoreceu a ascensão de governos neoliberais em países desenvolvidos (MONTEIRO, 2021).

No Brasil, além dessas disputas, a década de 1970 também foi marcada pela resistência ao que ocorria no restante da América Latina, o que se consolidava na militância do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Tanto a conjuntura instalada na América Latina quanto a tentativa de estabelecer uma realidade contrária no Brasil são resultado da correlação de forças no cenário da divisão de poder internacional, quando, após a Segunda Grande Guerra, as superpotências formalizaram um acordo através da Carta das Nações Unidas, estabelecendo um método diplomático para assegurar suas pretensões de forma compatível com sua substância – o que, na atenção à saúde, tem impacto relevante, sobretudo por parte dos Estados Unidos, onde a racionalização da atenção médica significava, enquanto uma racionalidade ampliada do capital, a manutenção do poder hegemônico através do controle da própria sociedade civil (AROUCA, 2003).

Daí decorrem tanto a Teoria da Contenção, no contexto da Guerra Fria, em que o conflito geopolítico girava em torno da garantia de interesses, quanto a Teoria do Subdesenvolvimento, cujo objetivo era auxiliar as áreas de influência – o que guarda relação íntima com as disputas de propostas de abordagem da Atenção Básica pelas instituições internacionais (AROUCA, 2003). Outro aspecto que influencia a organização popular em torno da mudança do modelo de saúde e da construção de um sistema sanitário no Brasil é o início da abertura política pós-ditadura militar, com apelo à democratização do sistema, à universalização do acesso, à descentralização e ao caráter público do sistema (HILDEBRAND, 2008).

Em 1980, na VII Conferência Nacional de Saúde, foi anunciado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), sucedendo as reformas no eixo do sistema previdenciário dedicado à saúde, com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Arrecadação da Previdência Social (IAPAS) (GÖTTEMS, 2010). O PREV-SAÚDE expressou a crise ideológica pela qual passava o país no processo de democratização (HILDEBRAND, 2008); centrava-se na extensão da cobertura de serviços básicos de saúde, na reorganização do setor público – através da articulação entre as instituições existentes e da reordenação da oferta de serviços – e na promoção das condições ambientais. O programa foi bem recebido por profissionais que visavam à melhoria dos serviços, mas recebeu oposição do empresariado da saúde articulado ao governo, que disputava o poder político para impedir as reformas que beneficiavam o povo (GÖTTEMS, 2010).

Ademais, o PREV-SAÚDE tinha por diretrizes pilares centrais da APS brasileira, como a hierarquização do atendimento, a APS como porta de entrada, a participação comunitária, a regionalização e a atuação em rede (HILDEBRAND, 2008). Apesar da oposição, fortalecida pelo protagonismo internacional sobre a produção de insumos e pela hegemonia nacional do setor privado, as iniciativas de Atenção Básica à Saúde já se evidenciavam, sobretudo com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa de Extensão de Cobertura (PEC) do INAMPS, e o PREV-SAÚDE (GÖTTEMS, 2010). Por outro lado, essa mesma oposição tornava uma proposta de redirecionamento da política de saúde, na verdade, um projeto de racionalização do modelo vigente (HILDEBRAND, 2008).

Também na década de 1980, o ápice da RSB foi contemporâneo à reestruturação política no país, que apontava para a equidade, a justiça e a democracia no modelo de proteção social; isso levou à abrangência, pelo movimento, da reorganização dos serviços básicos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). É sabido que o apogeu do movimento pela RSB foi a constitucionalização do SUS, já na década de 1980, quando a mobilização em torno do remodelamento da APS já avançava em outras iniciativas, como o PREV-SAÚDE, que pretendia beneficiar centros urbanos de maior porte e minimizar efeitos da crise previdenciária (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Consecutivamente, em 1982, o Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) buscou romper as tendências centralizadoras da política de saúde, incorporando novos atores e experienciando iniciativas de reorganização dos serviços básicos municipais com base em convênios entre as três esferas de governo, a exemplo das Ações Integradas de Saúde (AIS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). As ações primárias de saúde eram princípios do plano, integrando as três esferas de governo em um sistema regionalizado e hierarquizado, bem como previam o pleno uso da capacidade de produção, a previsão orçamentária, a descentralização da administração dos recursos, a participação complementar da iniciativa privada, a racionalização dos serviços e a implantação gradual de reajustes (GÖTTEMS, 2010). No tocante à estrutura, a APS seria formada pelos Postos de Assistência Médica (PAM) do INAMPS, ambulatórios e postos das secretarias de estado de saúde, ambulatórios dos hospitais de ensino, ambulatórios de sindicatos rurais e serviços ambulatoriais privados credenciados (HILDEBRAND, 2008).

Entretanto, essa estruturação de um primeiro nível de atenção ainda era pouco articulada, com unidades básicas de saúde responsáveis por ações preventivas que integrassem o sistema previdenciário e a saúde pública, disponibilizando atenção integral a toda a

população, independentemente da contribuição à previdência social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Essa perspectiva focalizada, consoante à concepção seletiva de APS, ainda repercutiu na estruturação da rede de serviços básicos de saúde com programas de Atenção Primária direcionados a grupos específicos, como os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC) – modelos para programas criados posteriormente, como aqueles para idosos, adolescentes, portadores de doenças crônicas etc. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Tal fragmentação é consequência do reflexo das tendências políticas sobre o sistema de saúde e suas estratégias organizativas, abrangidas pelo CONASP: conservadora privatista, que visava à manutenção do sistema; modernizante privatista, inspirada no modelo estadunidense baseado na medicina de grupo; estatizante, com a execução das ações e serviços pelo Estado; liberal, buscando o controle do setor privado pelo Estado, com maior eficiência e moral e ética contrárias ao mercantilismo (HILDEBRAND, 2008). O CONASP é expressão da coexistência de diferentes concepções sobre a APS brasileira, assim como de difusas maneiras de organizar o sistema de saúde (HILDEBRAND, 2008).

Em 1986, o movimento pela RSB alcança seu ápice na VIII Conferência Nacional de Saúde, que lançou os princípios da redefinição da concepção de saúde e do remodelamento da atenção. Esse momento histórico se defrontou com as divergências sobre a organização de um sistema de saúde nacional, sobretudo acerca da total estatização ou não e de sua implantação gradativa ou imediata (HILDEBRAND, 2008). Embora a implantação imediata tenha sido aprovada, um precursor do SUS foi instuído: o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) iniciou a mudança no sistema nacional de saúde, contemporânea à sua normatização através da atuação da Comissão de Reforma Sanitária, que elaborou as propostas institucionalizadas na reformulação da Constituição Federal visando a acomodar um novo sistema de saúde (HILDEBRAND, 2008).

Assim, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o SUS é efetivamente criado e, posteriormente, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990: um sistema público de saúde, composto por ações e serviços prestados por instituições públicas federais, estaduais e municipais, sob administração direta e indireta, com vistas à execução de uma política de saúde fundamentada nos princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, regionalização, hierarquização e descentralização, unicamente comandada, com participação popular (LEAL, 2021). No tocante à Atenção Básica, a RSB não questionava apenas o valor da APS no conjunto dos serviços de saúde, como outros países da América

Latina, mas também o caráter simplista da “medicina pobre para os pobres”, baseada em uma racionalidade econômica incompatível com uma saúde integral e equitativa (MONTEIRO, 2021).

A década de 1990, com a institucionalização do SUS nas leis orgânicas, em consonância com a Constituição Federal, promoveu a tensão entre o avanço do projeto neoliberal e a preservação das diretrizes de um sistema universal de saúde, o que impulsionou processos de descentralização da gestão que exigiram a revisão da lógica de Atenção Básica com vistas às necessidades da população e à consolidação dessa rede como primeiro nível de atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Para mais, era necessária a substituição do modelo de atenção, galgando um modelo alinhado aos princípios do SUS, quais fossem: a universalidade do acesso e a integralidade e equidade da atenção em saúde (GÖTTEMS, 2010).

Para tal, foi formulado, em 1993, o Programa Saúde da Família (PSF), com vistas à reestruturação da Atenção Básica, com dimensões territoriais, populacionais e de ações características do território brasileiro, expressando-se enquanto resultante das mobilizações pelo direito à saúde (SOUSA; HAMANN, 2009). O PSF nasce no acirramento da crise estrutural do setor saúde, impulsionado pela percepção da população acerca do distanciamento entre seus direitos legalmente garantidos e a capacidade real do Estado de ofertar ações e serviços territorializados e equitativos, com alcance efetivo de indivíduos, famílias e comunidades (SOUSA; HAMANN, 2009). Para isso, seu caráter substitutivo do modelo de saúde até então empregado é constituído pelos princípios de adscrição de clientela; territorialização; diagnóstico situacional; e planejamento baseado na realidade local, executados por equipes multiprofissionais sob o prisma da responsabilização sanitária, da multiprofissionalidade e da intersetorialidade (SOUSA; HAMANN, 2009).

O propósito do PSF era, portanto, contribuir com a organização da municipalização do SUS por meio da reorganização das práticas de trabalho para a integralidade do atendimento e com estímulo à participação da comunidade, à destituição do modelo biomédico hegemônico, à multiprofissionalidade, à territorialização e à vigilância em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; GÖTTEMS, 2010); ou seja, o PSF deixava de ser um programa focalizado para populações marginalizadas do acesso à saúde e passava a ser uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde (SOUSA; HAMANN, 2009). A municipalização é transversal às expectativas de remodelamento da saúde por meio do PSF, do que faz parte o intento de que este servisse à organização do Sistema Local de Saúde (SILOS), baseado também na articulação do Estado com a sociedade e no conceito ampliado de saúde (HILDEBRAND, 2008). Inspirado

em experiências cubanas, inglesas e canadenses, o PSF apostava na qualificação da assistência a partir da promoção da saúde e da prevenção de doenças (GÖTTEMS, 2010). Os modelos balizadores do PSF são a Medicina Comunitária, as Ações Primárias de Saúde e os Sistemas Locais de Saúde (HILDEBRAND, 2008).

A consolidação do PSF foi possibilitada pela pré-existência do Programa de Agentes de Saúde (PAS), experiência cearense em 1987 (GÖTTEMS, 2010), e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 para contribuir com a construção de um sistema de saúde voltado à qualidade de vida dos grupos excluídos, por meio da focalização em populações muito pobres, que acessavam uma carteira de serviços restrita e pouco articulada à rede assistencial (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Apesar disso, o PACS representava uma ação concordante com o disposto em Alma-Ata, pois seus agentes eram recrutados direto da comunidade, servindo como vínculo entre o território e a unidade de saúde e sendo supervisionados por enfermeiros (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Assim, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) cumpriam a premissa de promover saúde, não esperando a demanda chegar, mas agindo sobre ela preventivamente, no sentido de agirem como instrumento de reorganização da demanda de saúde e integrarem a comunidade no processo saúde-doença coletivo (GÖTTEMS, 2010).

No intento de se consolidar a implantação do PSF em nível federal, foram priorizadas iniciativas de formação, como Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente; de gestão, como a manutenção do Piso de Atenção Básica (PAB) para o financiamento do nível de atenção; e a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB) no Ministério da Saúde (MS), além do planejamento estratégico para o desenvolvimento da Saúde da Família no Brasil (quadriênio 1999-2002) (GÖTTEMS, 2010). Outra medida foi a transferência, em 1995, do PSF da Fundação Nacional de Saúde (FNS) para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), no âmbito do Departamento de Assistência e Promoção da Saúde (DAPS), mudança contemporânea ao início da implementação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), cujo objetivo era monitorar as informações sobre o desenvolvimento do PSF (HILDEBRAND, 2008).

O PSF só ganhou *status* de programa depois de uma década de implantação e funcionamento (SOUSA; HAMANN, 2009), e suas diretrizes foram orientadas em 1997, mediante o lançamento do documento “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” (HILDEBRAND, 2008). O documento deixou claras a proposta de substituição da rede básica tradicional, a articulação em rede de saúde, a complexidade

tecnológica exigida para a execução do novo modelo, a instalação enquanto porta de entrada do sistema de saúde, a orientação por adstrição e adscrição, a multiprofissionalidade e formação de equipes mínimas, o planejamento baseado na epidemiologia e nos indicadores socioculturais e demográficos, o controle social, a educação continuada, a humanização e a longitudinalidade (HILDEBRAND, 2008). Tais diretrizes foram um reforço ao controle social e à municipalização do SUS, uma vez que o PSF exigia a criação dos Conselhos Municipais de Saúde, do Plano Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde (HILDEBRAND, 2008).

O documento reconhecia o PSF como um avanço assemelhado a outras conquistas históricas do desenvolvimento do SUS, como as AIS, a RSB, a VIII CNS, o SUDS e as Leis Orgânicas da Saúde, sem prescindir da avaliação crítica de que essas medidas foram insuficientes para a transformação do modelo de atenção à saúde, mantendo-o hegemonicamente individual, hospitalar, medicalizado e centrado na doença (HILDEBRAND, 2008). Assim, as diretrizes do PSF reconheciam que havia um lapso substancial entre as conquistas institucionais formalizadas pela CF/88 e a realidade da oferta de serviços públicos, provocado pela crise decorrente das apostas neoliberais predominantes na década de 1990 (HILDEBRAND, 2008). Por fim, em 1996 o PACS e o PSF foram fundidos sob a compreensão de seu funcionamento integrado com vistas à execução do novo modelo de saúde, já que a equipe de Saúde da Família conta com o ACS em sua composição mínima (GÖTTEMS, 2010). Outra mudança importante no âmbito da Atenção Básica brasileira foi a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em substituição ao Sistema de Informação do PACS, o que se compreende como um dispositivo de aperfeiçoamento do ponto de vista da gestão, da pactuação de metas, do monitoramento em saúde e do favorecimento às negociações intergestores (MONTEIRO, 2021).

Não obstante os avanços na gestão e as tentativas de solidificar o PSF, iniciativas fragilizadoras da sua consolidação estiveram presentes, decorrentes da conjuntura política e da onda neoliberal que avançava sobre o país – cuja materialização é vista em medidas como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que limitam a expansão das políticas públicas por meio da restrição orçamentária e do arrocho administrativo (GÖTTEMS, 2010).

Expressão da austeridade foi o incentivo aos vínculos precários de trabalho para a Atenção Básica, através de contratos com o terceiro setor, ampliados a nível federal, sobretudo após a regulamentação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) em 1999, cuja atuação foi, inclusive, estimulada

por um programa federal: o Programa Comunidade Solidária (GÖTTEMS, 2010). Este, por sua vez, tinha como prioridades o PSF, o PACS e as iniciativas de saúde voltadas ao atendimento materno e infantil; portanto, o estímulo à articulação entre a saúde e o terceiro setor foi sistemático, resultando, até a atualidade, em consequências negativas de grande relevância para a sustentação da política pública de saúde (GÖTTEMS, 2010). O vínculo entre Estado e setores terceirizados envolveu muitos municípios em escândalos de corrupção, que refletiram na rejeição dos profissionais à atuação no PSF e na incipiência da Atenção Básica como pilar do remodelamento da saúde brasileira (GÖTTEMS, 2010).

O quadro de precarização começou a ser modificado apenas em 2003, quando da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que propôs amplas ações de desprecarização do trabalho (Desprecariza SUS) sob o entendimento de que não apenas o PSF precisava de intervenção acerca disso, mas todos os setores e formas de implantação do SUS (GÖTTEMS, 2010). O PSF passou por mudanças a cada governo, cujos resultados foram interrupções e declínios que não correspondiam à garantia de unidades de saúde e prestação de serviços compatíveis com as necessidades da população, sobretudo em locais de vertiginoso crescimento populacional, em período de desenvolvimento nacional (GÖTTEMS, 2010).

Não obstante, o processo de descentralização da gestão e de municipalização do sistema de saúde foi amplamente fortalecido pela Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), que colaborou com a estruturação da Atenção Básica à Saúde no Brasil fazendo da APS, finalmente, o primeiro nível de atenção ao fortalecer a gestão local e propor a Saúde da Família como estratégia (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Foi em 1997 que a Estratégia Saúde da Família (ESF) passou ao *status* de estratégia, atribuindo à APS caráter mais abrangente e articulado com os demais níveis, visando à reestruturação do sistema a partir de características como: multiprofissionalidade, territorialização, adscrição da comunidade e longitudinalidade do cuidado; tudo isso associado ao princípio da vigilância, com o propósito de fazer da APS a porta de entrada preferencial, primeiro nível de atenção do sistema de saúde, responsável pelo ordenamento da rede de serviços – elementos promovidos pelo documento “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Ao longo dos anos 2000, a ESF passou por um processo de expansão, apoiado pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) – uma iniciativa apoiada pelo Ministério da Saúde, com fomento internacional via contrato com o Banco Internacional

para Reconstrução e Desenvolvimento (HILDEBRAND, 2008), para a organização da Atenção Básica nos municípios com mais de 100 mil habitantes (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; GÖTTEMS, 2010). O projeto visou à melhoria e à qualificação do processo de trabalho, a fim de formar profissionais tecnicamente aptos e conscientes sobre o potencial de impacto da atuação do SUS sobre as condições de saúde da sociedade (GÖTTEMS, 2010). A articulação com o Banco Mundial segue a tendência neoliberal adotada à época (GÖTTEMS, 2010).

O PROESF foi concomitante a um momento importante no movimento em prol da APS: a concretização do compromisso firmado em 1979, quando a Declaração de Alma-Ata foi ratificada pela Assembleia Geral da OMS no lançamento mundial da estratégia Saúde para Todos no Ano 2000, e a mobilização do Movimento pela Saúde dos Povos – que contou com movimentos sociais internacionais que enfatizaram a saúde como direito humano, a abordagem dos determinantes sociais e políticos e a necessidade de estabelecer políticas de desenvolvimento equitativas, apoiadas por compromissos econômicos e legislativos, em uma luta unificada pela universalização internacional do direito à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A primeira assembleia do movimento foi realizada em Bangladesh, em 2000, e reuniu organizações de 92 países no lançamento da Carta dos Povos pela Saúde, que conclamou um movimento internacional em prol da realização do disposto em Alma-Ata: uma APS abrangente, consolidada como função central do sistema de saúde e voltada ao desenvolvimento social e econômico das comunidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Além disso, o PROESF foi concomitante a uma importante expansão do SUS a nível de rede de saúde, com influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da criação e implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e das iniciativas voltadas a uma política de saúde bucal de amplo acesso para a população (GÖTTEMS, 2010). Junto a isso, em 2005 foi criada, a partir do PROESF, a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), que propôs uma metodologia de avaliação para gestores, coordenadores, equipes de Saúde da Família e unidades básicas, a fim de qualificar a APS (MONTEIRO, 2021).

Ainda que em processo de consolidação da ESF, a APS brasileira se manteve como cenário de disputa, havendo a contraposição entre o documento “Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas” – com a defesa da universalidade em saúde por meio da integralidade e horizontalidade nos sistemas e ênfase à promoção, prevenção, intersectorialidade, participação social e responsabilização dos governos – e o estímulo à cobertura universal de saúde, uma proposta excludente, com vistas ao escoamento dos investimentos em saúde pública para fomento à iniciativa privada através de uma restrita carteira de serviços (GIOVANELLA;

MENDONÇA, 2012). Essa proposta é pano de fundo para uma lógica fragmentada e individualizante de saúde, que assume a seletividade e a desigualdade na oferta do direito à saúde para a população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Nessa senda, vale salientar que a capacidade revolucionária da APS, no tocante ao modelo de saúde, só é possível se estiver efetivamente integrada e articulada com outros processos de mudança na rede de serviços, deixando de ser um nível de atenção paralelo e menosprezado – o que exige uma definição política e técnica para sua consolidação (HILDEBRAND, 2008). Isso torna a aposta na Atenção Básica complexa, porque ela fica dependente da correlação social de forças e envolve novos saberes, instrumentos e um arcabouço jurídico-operacional que sustente o processo no âmbito institucional (HILDEBRAND, 2008).

Dentre tantas disputas e contradições, a APS só foi institucionalizada no Brasil em 2006, quando o Pacto pela Vida assume a Atenção Básica como dimensão prioritária e o Ministério da Saúde edita a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), formalizada pela Portaria Ministerial nº 648 – através da qual se ampliaram o escopo e a concepção da Atenção Básica pelo reconhecimento da Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da Atenção Básica, incorporando atributos de uma concepção abrangente que a coloca como porta de entrada preferencial do SUS e reforça a necessidade de expansão do modelo para a integração da rede de serviços de saúde, com incentivo ao fortalecimento da Saúde Bucal e do PACS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MONTEIRO, 2021). A PNAB é resultado da consolidação das experiências desenvolvidas na construção do SUS por parte de movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores, com direcionamento da gestão, da questão sanitária e da participação por uma via democrática de construção da saúde (LEAL, 2021).

Assim, a Atenção Básica passa a ter como principal função ser o contato preferencial entre a rede de atenção à saúde e o complexo indivíduo-família-comunidade, permitindo o conhecimento da realidade da população em um determinado território, com atuação de equipes multiprofissionais (LEAL, 2021). Apesar desse avanço, nota-se que na referida portaria estão previstas outras estratégias para a execução da APS que não a ESF, normatizando a possibilidade de cobertura dos territórios por equipes mais fragilizadas e voltadas a uma área de abrangência maior do que a preconizada para viabilizar a longitudinalidade do cuidado e a efetividade da atenção (GÖTTEMS, 2010).

A formalização da Atenção Básica é acompanhada pelo lançamento do Pacto pela Saúde e concomitante tanto a transformações sociais e sanitárias importantes, como a Reforma

Psiquiátrica, quanto a políticas e programas de saúde relevantes, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Política de Saúde Bucal (GÖTTEMS, 2010). Além destes, também se considera um progresso para a Atenção Básica à Saúde a proposta de criação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) – equipes multiprofissionais atuantes na Atenção Básica com foco no matriciamento, no apoio à gestão e na garantia de atenção qualificada e integral para os cidadãos, com responsabilização compartilhada pelo território sanitário junto à ESF. O objetivo do NASF é ampliar a abrangência e a resolutividade da Atenção Básica, apoiando a ESF em sua inserção territorial e regionalizada (GÖTTEMS, 2010). Acompanhando esse progresso, o Decreto nº 7.508/2011, ao regulamentar a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/1990, estabeleceu as portas de entrada na rede de atenção à saúde, definindo a APS como a principal delas, o que consolida sua atribuição de ordenadora da rede (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Passado um longo período de progressiva expansão da ESF como via de consolidação da APS no Brasil, a PNAB passou por revisões. Em 2011, ainda se observavam problemas decorrentes da falta de estrutura, do baixo financiamento e da confusão dos modelos de assistência – o que repercutia na baixa adesão dos profissionais à atuação no primeiro nível de atenção (LEAL, 2021). Isso motivou uma nova edição da PNAB, com reforma e informatização das UBS através do Programa Requalifica UBS, do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), do Programa Mais Médicos (PMM) e da implementação do e-SUS AB, o sistema informatizado de prontuário eletrônico (LEAL, 2021). Além disso, foram construídas equipes específicas para as populações ribeirinha e em situação de rua (LEAL, 2021).

No entanto, as reformas seguintes não foram progressivas, mas expressaram um movimento contrário à evolução da política pública de saúde, em contradição à defesa da saúde como um direito (MOROSINI; FONSECA, 2017). As instabilidades político-econômicas vivenciadas pelo país com maior intensidade a partir de 2014 repercutiram no recrudescimento das perspectivas privatistas neoliberais no âmbito das políticas públicas, impondo ao SUS uma piora no financiamento de seus programas, sobretudo os vinculados à Atenção Básica (LEAL, 2021). Isso ocorre em um cenário de forte instabilidade política, que tem como resultado uma crise econômica e social que culminou no golpe institucional e no subsequente *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, em 2016, abrindo caminho para ajustes fiscais e incidências agressivas sobre as políticas sociais e trabalhistas, com repercussão em “processos societários e institucionais que colocavam em risco a democracia e a política enquanto ação pública” (MONTEIRO, 2021, p. 71).

Tais retrocessos foram objeto de alerta dos movimentos da RSB e de instituições que reúnem estudiosos e intelectuais do movimento sanitário, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), os quais sinalizaram as problemáticas consequências dos métodos privatizantes utilizados para a implantação do SUS e da Atenção Básica no Brasil, assim como a necessidade de revisar o pacto federativo do SUS. Essas preocupações expressam a angústia dos formuladores da saúde pública brasileira em relação ao subfinanciamento da saúde e às restritas possibilidades de real efetivação do SUS (GÖTTEMS, 2010).

As contrarreformas na Atenção Básica brasileira aprofundam o subfinanciamento histórico, presente desde a institucionalização da saúde como direito universal, e se concretizam de maneira mais robusta em 2016, quando houve a recomposição da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família e a abertura da possibilidade de substituição dos ACS por auxiliares ou técnicas de enfermagem (MOROSINI; FONSECA, 2017). Ainda que a mobilização do movimento organizado dos agentes de saúde tenha anulado a iniciativa, a possibilidade dessa alteração significa uma mobilização na direção do aprofundamento da perspectiva biomédica e medicalizadora, que associa o aumento da resolutividade da APS a procedimentos simplificados (MOROSINI; FONSECA, 2017). Além disso, esse tipo de iniciativa reforça desigualdades e justifica tratamentos diferenciados, vínculos precários de trabalho e carteiras de serviço variadas – estratificadas ou simplificadas –, bem como fragiliza as ações de educação e promoção da saúde, inclusive fragmentando o exercício da intersetorialidade (MOROSINI; FONSECA, 2017).

Foi também em 2016 que o documento-síntese do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica indicou a criação de “modalidades de equipe” e a diferenciação dos regimes de trabalho – incluindo carga horária e vínculo trabalhista –, além da ideia de uma carteira de serviços mínima para a PNAB e da avaliação e monitoramento cotidiano das equipes através de indicadores alocados em sistemas de informação, com base em avaliação de desempenho vinculada à remuneração adicional (MOROSINI; FONSECA, 2017). Todo esse panorama, em um contexto de flexibilização das relações de trabalho e precarização do trabalho, caminha para a institucionalização da vulnerabilidade da organização do trabalho e dos trabalhadores em saúde (MOROSINI; FONSECA, 2017).

Embora em 2016 muitas dessas mudanças tenham sido refreadas, a precarização do trabalho em saúde e a desqualificação da assistência ofertada à população, sob perspectivas de sucateamento, desmonte sistemático e desfinanciamento da Atenção Básica à Saúde, se

concretizaram no âmbito da APS em 2017, com a revisão da PNAB, arriscando os avanços na reorientação do modelo assistencial e na reorganização dos serviços – o que, para a enfermeira, culmina em precarização do trabalho e retrocesso à imagem e identidade da profissão nesse nível de atenção (RIBEIRO *et al.*, 2021).

A PNAB 2017 é um retrocesso contraditório, pois, ao mesmo tempo que reafirma a ESF como estratégia prioritária, induz à redução de ACS, à priorização do modelo tradicional e à flexibilização na modalidade de organização do sistema de saúde, e esbarra nos limites fiscais rígidos para a transferência de recursos, enquanto condiciona a transferência desses recursos à manutenção da corresponsabilidade e à garantia de autonomia dos gestores (LEAL, 2021). Esse discurso ambivalente da nova PNAB expressa o descompromisso com a expansão da Saúde da Família e do sistema público de saúde, concretizado na substituição do caráter indutor e propositivo da política por sugestões e recomendações sem aplicabilidade quando se avalia a condição das políticas sociais no Brasil a partir do recrescimento da austeridade econômica e fiscal (MONTEIRO, 2021).

Esse contexto se aprofundou em 2019, consolidando as sinalizações que ocorriam desde há três anos. O programa Previne Brasil se tornou o novo modelo de financiamento da APS, baseado na capitação ponderada – ou seja, no número de pessoas cadastradas, e não na quantidade de habitantes e famílias assistidas –; no pagamento por desempenho; no incentivo para ações estratégicas; e no incentivo de base populacional – balizado pelos critérios de vulnerabilidade do território, sobretudo aqueles geograficamente estabelecidos (BRASIL, 2019b).

Sem menosprezar a importância do ajuste do processo de trabalho em termos de qualificação da assistência e da gestão por meio de indicadores e metas, o cerne da crítica ao Previne Brasil é seu deslocamento em relação à realidade da saúde pública brasileira e sua contemporaneidade a uma conjuntura política extremamente adversa à garantia do direito à saúde, com sucessivas ações de desmonte e aprofundamento do sucateamento do SUS. Esse contexto impõe obstáculos substanciais à capacidade das equipes de Saúde da Família em concretizar as exigências do programa de modo a garantir o financiamento adequado e permanente da APS.

Conjunturalmente, mais uma vez as mudanças na saúde brasileira, sobretudo no tocante à APS, contextualizam-se no âmbito das movimentações internacionais. Em 2018, na comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, realizou-se em Astana, no Cazaquistão, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde – ou Conferência de Astana (GIOVANELLA *et al.*, 2019). O evento teve o propósito de renovar o compromisso da APS

para o alcance da cobertura universal em saúde (*universal health coverage* – UHC) e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

A Declaração de Astana reconvoca os países signatários à ação em quatro áreas-chave: fomento de políticas para a saúde em todos os setores; construção de uma linha sustentável de cuidados primários de saúde; capacitação dos indivíduos e das comunidades; e obtenção de apoio das partes interessadas às políticas, às estratégias e aos planos nacionais (DECLARAÇÃO..., 2018). Com relação à força de trabalho, o documento expressa a enfermagem entre as prioridades, compondo equipes multiprofissionais que estejam aptas às necessidades de saúde modernas (DECLARAÇÃO..., 2018). O documento é um referente internacional, mas não supera o de Alma-Ata em termos de expressão dos princípios de justiça social e de uma APS integral, apresentando ambiguidades e lacunas e evidenciando a disputa na arena da saúde global (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

A Conferência de Astana está contextualizada em um cenário distinto do de Alma-Ata, com políticas de austeridade, crise migratória e ameaças à democracia. A insistência da declaração originada na conferência de subsumir o direito à saúde à UHC não responde nem às necessidades de saúde globalmente, nem à iniciativa de retomar Alma-Ata (GIOVANELLA *et al.*, 2019). Ao passo que a Declaração de Alma-Ata convocou os governos à formulação de políticas nacionais que inserissem a APS em um sistema abrangente e coordenado com outros setores, a partir da vontade política e da mobilização de recursos, a Conferência Global de Atenção Primária à Saúde em 2018 dá protagonismo à seletividade por meio da prioridade à UHC (FIOCRUZ; CNS, 2019).

A proposta de cobertura universal vem das agências internacionais, sobretudo da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial, partindo de diretrizes pró-mercado, redução da intervenção estatal, subsídios à demanda, seletividade e focalização nas políticas de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

O foco da UHC está no financiamento por combinação de fundos gerenciados por seguradoras privadas ou públicas; na afiliação por modalidade de asseguramento; e na definição de uma cesta limitada de serviços (GIOVANELLA *et al.*, 2019) – um conjunto de reformas pró-mercado que coadunam com a perspectiva de redução da intervenção estatal e focalização das políticas de saúde (FIOCRUZ; CNS, 2019). Contrapondo-se à universalidade do acesso, a cobertura universal enfatiza a cobertura financeira, sem garantia de acesso aos serviços de saúde mediante necessidade – ou seja, contratos de seguros cobrem intervenções específicas, mas não de maneira integral, e o direito à saúde fica restrito a uma cesta contratada, que responde à

concepção de APS seletiva (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Equiparar a APS à proposta de cobertura universal restringe a garantia do direito humano à saúde com base nas necessidades coletivas, já que a ênfase na proteção financeira por meio de seguros não é suficiente para garantir o acesso e resulta em uma cobertura segmentada, que estabelece uma diferenciação por grupos sociais conforme a renda, com diferentes cestas de serviços – o que cristaliza desigualdades (FIOCRUZ; CNS, 2019). Isso ocorre porque o cidadão pode ser elegível ou não ao seguro a depender das regras deste, e os serviços cobertos dependem da capacidade de pagamento; por outro lado, nos sistemas universais, há garantia de acesso como condição de cidadania (FIOCRUZ; CNS, 2019). A proposta de UHC corresponde à concepção restrita de cidadania imposta pela visão liberal, valendo salientar que

Sistemas de serviços de saúde baseados no mercado [...] são mais caros, não garantem acesso, produzem maior iatrogenia e iniquidades, são menos efetivos, com impactos negativos na saúde da população em comparação com sistemas públicos universais, assentados na APS forte. (FIOCRUZ; CNS, 2019, p. 14)

Transmutar o direito universal à saúde em direito à cobertura universal em saúde implica uma transposição entre ordens políticas: do direito para a cobertura. O direito à saúde se refere à justiça social, que só pode ser garantida pelo Estado, ao passo que a cobertura introduz a noção de cobrança, administrada por agentes do mercado (FIOCRUZ; CNS, 2019):

[...] trata-se de uma proposta de redução da responsabilidade governamental na promoção da justiça social, contenção e retrocesso nos direitos e no Estado de Bem-Estar, em favor de interesses rentistas no mercado financeiro. (FIOCRUZ; CNS, 2019, p. 22)

Quando se retoma a ideia da cobertura universal em vez do acesso universal à saúde, nota-se que o Previner Brasil está mais associado àquela em vez deste; fornece incentivo financeiro baseado no número de cadastros em um contexto de fragilização histórica do PACS; e cobra indicadores e metas para o pagamento por desempenho os quais, embora variáveis de acordo com o indicador elencado, estão em desajuste com a realidade do país. Isso porque as novas regras incentivam financeiramente equipes credenciadas, um contexto frágil nacionalmente, estabelecendo como critério para a suspensão de repasse e o descredenciamento da equipe junto ao Ministério da Saúde a inconsistência das equipes (BRASIL, 2019b) – ou seja, a falta de profissionais, que é muito prevalente e atinge principalmente territórios remotos e populações vulneráveis.

Para mais, o Previne Brasil direciona os recursos do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) – importante recurso da AB para a garantia da multiprofissionalidade, da educação continuada e permanente e da abordagem comunitária – para os novos critérios de financiamento, desobrigando as gestões estadual e municipal de manter o repasse aos núcleos que garantem a integralidade da atenção à saúde através de equipes multiprofissionais (BRASIL, 2019b). Por fim, o novo modelo fragiliza a avaliação da qualidade do cuidado na AB, rompendo com o vínculo entre ensino e serviço, uma vez que instituições de ensino sempre foram parceiras essenciais da condução da avaliação da atenção, que embasava o direcionamento dos recursos de forma qualitativa (BRASIL, 2019b).

A nova forma de financiamento dialoga com a alteração da oferta de serviços na AB através da mudança na carteira de serviços, que reduz o escopo da AB para um modelo clínico e individual, fazendo desaparecer a dimensão familiar e comunitária através da definição de um rol de procedimentos tidos como foco – revelando o modelo assistencial que se deseja resgatar: biomédico, centrado na doença, individualizante e fragmentador, voltado à precificação das necessidades de saúde e à manutenção dos prejuízos biopsicossociais dos acometimentos (BRASIL, 2019a). A alteração na carteira de serviços da AB, realizada em 2019, nega a abordagem coletiva e territorial e o planejamento de base populacional, subsidiando as fragilidades do Previne Brasil quanto aos critérios de financiamento (BRASIL, 2019b). A nova carteira de serviços destitui a integralidade e a multiprofissionalidade, atendo-se à figura do médico como principal agente de solução das demandas de saúde, além de não mencionar a ação dos ACS e, tampouco, a participação social (BRASIL, 2019a).

Solidificando essa sucessão de ações de fragilização da APS na conjuntura em questão, foi criada, em 2020, a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) como um serviço social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado (BRASIL, 2021). As competências previstas para a ADAPS são amplas (BRASIL, 2021), abrindo espaço para a privatização da execução de serviços da AB e até da realização de ensino, pesquisa e extensão – um impacto frontal na educação para a saúde de cunho social e autônomo. Contratada pelo Ministério da Saúde para executar o programa Médicos pelo Brasil e a gestão da AB (BRASIL, 2021), a agência, que em nada contribui para qualquer desenvolvimento positivo no campo da saúde, reforça o novo modelo de financiamento, pois estimula a privatização da gestão e possibilita o contrato de equipes pelo organismo privado, em regime previsto pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), na modalidade de cooperativa de pessoa jurídica e por meio de OSS (BRASIL, 2021).

Isso enfraquece ainda mais o papel dos municípios, cujo fortalecimento e autonomia de gestão são marcos no amadurecimento do SUS. O estatuto da ADAPS foi publicado no final de 2021, estabelecendo como ênfase da sua finalidade a presença de médicos na AB, o que é ratificado pela estrutura do organismo: conselho deliberativo formado predominantemente por entidades de classes médicas, sem entidades de controle social (BRASIL, 2021). Além disso, o documento flexibiliza ainda mais a autonomia da ADAPS diante da prestação de contas e a autoriza a requerer do Ministério da Saúde servidores públicos. O contrato de gestão entre ministério e ADAPS tem prazo de dois anos (BRASIL, 2021).

A criação da ADAPS coaduna com a precarização do trabalho e a fragilização das relações trabalhistas, uberizando a contratação principalmente de médicos, e está em consonância com os últimos retrocessos nos direitos dos trabalhadores. Ademais, a agência se coloca como um meio alternativo de contratação de pessoal, à margem dos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, diante do teto estabelecido pela EC 95. Assim, o governo arranja suas medidas em favorecimento à privatização e ao desmonte do SUS, considerando que a agência poderá funcionar como mediadora da contratação de serviços assistenciais privados (BRASIL, 2021).

O ideário de austeridade econômica impõe sérios retrocessos às políticas sociais, sobretudo em países periféricos, onde o custo social é substancial e se expressa no aumento da pobreza, das desigualdades sociais e da piora nas condições sanitárias, na corrosão da coesão social e nas ameaças de autoritarismo. A desresponsabilização de governos e o fornecimento mínimo de cestas de serviços atenta contra a concepção original da APS e os fundamentos dos sistemas públicos universais de saúde (FIOCRUZ; CNS, 2019).

As medidas de austeridade e suas expressões, a exemplo da proposta de cobertura universal, foram questionadas por países da América Latina que buscam a construção de sistemas universais como o SUS brasileiro. A configuração histórica e social do sistema capitalista impõe aos países do Sul Global o cenário de superexploração do trabalho e de ofensas robustas à garantia dos direitos mais fundamentais às suas populações, o que – sob a ótica da saúde e, especificamente, da APS – deve estar sob enfrentamento e em contraposição às tendências de comercialização, mercantilização e privatização da saúde (FIOCRUZ; CNS, 2019). A cooperação e integração entre os países periféricos, sobretudo na América Latina e na África, precisa ser fortalecida de forma unificada e solidária, intensificando ações que favoreçam a APS como centro dos sistemas universais e públicos de saúde e instrumentalizando a garantia do direito à saúde como uma ferramenta de enfrentamento às desigualdades históricas

construídas pela relação de dependência e exploração dos países do centro do capitalismo sobre os demais (FIOCRUZ, CNS, 2019).

A perspectiva a ser seguida para a garantia da saúde como direito é a universalidade do acesso através de sistemas de saúde gratuitos, que tenham a APS como coração da rede de atenção e promovam a equidade, assegurados da distribuição equitativa de recursos, do financiamento fiscal justo e progressivo e do controle e regulação estatal, sem o copagamento e a mercantilização cristalizadas na participação do sistema privado, que mercantiliza o direito à saúde. É premente a destituição da visão burocrática de financiamento específico e focalizado, substituída pela priorização do orçamento público em direção ao financiamento global dos sistemas universais de saúde – no sentido da incorporação, pela sociedade e pelo Estado, da saúde como direito. Para mais, um sistema fortalecido e garantidor da saúde como direito parte da organização territorial e da atuação da APS com vistas ao combate das desigualdades sociais (FIOCRUZ; CNS, 2019).

Somente uma APS integrada em uma rede estruturada, mobilizadora de apoio e de recursos políticos, econômicos, financeiros e humanos, é capaz de ser o centro da salvaguarda da saúde como direito, sobretudo para as populações mais vulnerabilizadas. Os sistemas de saúde têm potencial estratégico na democratização das políticas públicas: a experiência brasileira a nível de controle social e de estruturação da APS, por meio da Estratégia Saúde da Família, demonstra a potencialidade de um arranjo sistemático da saúde não apenas do ponto de vista institucional, mas necessariamente mobilizador do tecido humano que concretiza o fazer em saúde (FIOCRUZ; CNS, 2019).

3.2 O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

No Distrito Federal, o desenvolvimento da saúde pública se propunha a acompanhar a construção da nova capital do país na década de 1960, com a oferta de serviços modernos em relação às demais regiões do Brasil e do mundo, em uma configuração de perspectivas integrais, universais e equitativas, voltadas à manutenção e recuperação da saúde (GÖTTEMS, 2010; GÖTTEMS *et al.*, 2009). Sendo o centro político do país, o DF passa pela singularidade de ter o desenvolvimento de sua política de saúde influenciado fortemente pelo fluxo político e menos pela interpretação epidemiológica e social como subsídio à formulação da política pública de saúde, levando à descontinuidade e à baixa implantação de propostas (GÖTTEMS, 2010).

O desenvolvimento da saúde distrital foi impactado por fenômenos locais, como a conquista da autonomia administrativa e política; nacionais, como a democratização, a crise econômica na década de 1980, a RSB e a construção da Constituição Federal de 1988; e internacionais, como as propostas para a Atenção Primária à Saúde elaboradas em Alma-Ata (GÖTTEMS, 2010). Além disso, fragilidades comuns à consolidação do SUS também impactaram o Distrito Federal na construção de seu sistema de saúde, como a instabilidade de financiamento, a hegemonia do modelo hospitalocêntrico em detrimento da APS e os conflitos de interesse entre os campos público e privado (GÖTTEMS, 2010). O DF conta com uma estrutura hierarquizada e regionalizada da rede de serviços desde 1970, incluindo a composição de um Conselho Distrital de Saúde nos moldes posteriormente normatizados pela legislação do SUS – com representatividade de todos os setores (HILDEBRAND, 2008).

O modelo de atenção à saúde no DF se distancia daquele implementado na estruturação das políticas públicas em saúde nas demais unidades da Federação. A capital federal organizou seu sistema em uma lógica hospitalocêntrica, com iniciativas de fortalecimento da Atenção Básica descontinuadas e desarticuladas da concepção de redes de saúde (MONTEIRO, 2021).

A Atenção Básica no DF remete ao período anterior à criação do SUS, e sua formação acompanha a maturidade do sistema de saúde brasileiro (GÖTTEMS, 2010). No DF, a APS passou por diferentes conformações, com início na década de 1980 (GÖTTEMS, 2010). Faz parte da linha histórica do desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde no Distrito Federal uma sequência de eventos que abrange a formulação da política pública dentro de seu fluxo complexo e essencialmente político. Para uma boa análise da constituição da APS no DF, é necessário sequenciar vários eventos, quais sejam:

1960 – Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília: o Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar (ou Assistencial) de Brasília, formulado por Henrique Bandeira de Mello e, por isso, também denominado **Plano Bandeira de Mello**, precedeu a construção da nova capital federal, visando a atender aos princípios desenvolvimentistas da nova capital (GÖTTEMS, 2010; HILDEBRAND, 2008). Formulado em 1959 para destituir, no DF, a duplicidade de serviços comuns a todo o território nacional e implementar uma medicina racionalizada e eficiente, o plano precedeu o início da construção de Brasília, em 1960, que influiu grande trânsito de trabalhadores vindos de todo o país (HILDEBRAND, 2008). O plano priorizou a construção de um hospital de emergência, o atual Hospital de Base, além de serviços apoiados pelo MS para manejo de endemias rurais e doenças infectocontagiosas – como hanseníase, tuberculose e infecções sexualmente transmissíveis – e do Departamento de Saúde da

Companhia Urbanizadora da Nova Capital (NOVACAP) (HILDEBRAND, 2008).

A estrutura do Plano Bandeira de Mello previa a Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), subordinada à SES-DF; a distribuição de centros de saúde e hospitais por grupos populacionais, reduzindo custos por meio da concentração de serviços; a liberdade na escolha do médico pelo usuário; o pagamento médico por produtividade; o regime integral de trabalho; a possibilidade de atendimento médico a pacientes particulares; a participação popular por meio dos Conselhos Comunitários de Saúde; e o atendimento domiciliar aos convalescentes, diminuindo a hospitalização (GÖTTEMS, 2010; GÖTTEMS *et al.*, 2009).

A prioridade na construção desses serviços foi devida ao isolamento local, aos frequentes acidentes de trabalho, à insalubridade do ambiente e à degradação ambiental. A estrutura desse planejamento era de direção única e de integração das atividades médico-sanitárias, com centralização da orientação técnica e descentralização dos serviços executivos (HILDEBRAND, 2008). Essa proposta representou uma inovação em relação ao sistema de saúde brasileiro e aos modelos de saúde predominantes; seu assentamento foi o ideário do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), estruturado mediante contrato entre os governos estadunidense e brasileiro em 1942 (HILDEBRAND, 2008).

Eram diretrizes do Plano Bandeira de Mello:

Evitar estruturas independentes encarregadas das campanhas sanitárias e de outras atividades de saneamento e higiene industrial; incorporar, no serviço único, todas as funções de melhoria da saúde, particularmente as atividades de higiene materno-infantil e do serviço médico escolar; e unificar todas as atividades públicas de assistência médica realizadas nos hospitais e consultórios criados pela comunidade por meio do Instituto da Previdência Social sem a separação entre curativo e preventivo. (HILDEBRAND, 2008, p. 43)

O plano original foi atravessado em 1961, quando foi criado o Hospital das Forças Armadas (HFA), vendidas estruturas hospitalares para o Instituto de Previdência e Aposentadoria para os Servidores do Estado (IPASE), ocupados lotes designados para a construção de unidades da rede pela Legião Brasileira de Assistência (LBA) e emprestado o Hospital Distrital de Sobradinho à UnB (1962) (HILDEBRAND, 2008). Embora a identidade original não tenha se mantido, alguns avanços são identificados na direção do remodelamento da saúde desde a fundamentação do sistema distrital de saúde, como a atuação de base territorial fundamentada na epidemiologia pelo Hospital Distrital de Sobradinho, através da integração ensino-serviço-comunidade, com ações comunitárias, campanhas, educação em saúde e visita domiciliar, além dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares nas clínicas básicas (HILDEBRAND, 2008). A experiência foi referendada nos debates da RSB, contudo a parceria

entre SES-DF e UnB foi desfeita e o campo de prática transferido para o atual Hospital Universitário de Brasília (HUB) (GÖTTEMS, 2010).

Outra mudança no Plano Bandeira de Mello, já nem tão positiva, foi a criação do Conselho Deliberativo da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), que substituiu o Conselho de Saúde previsto no plano original, que seria composto por representantes da população e dos serviços para formular diretrizes e avaliar os serviços sanitários (HILDEBRAND, 2008). O Conselho de Saúde vigorou apenas por dois meses antes de ser substituído pelo modelo que alterou seu objetivo e sua composição originária, sem representação popular (HILDEBRAND, 2008).

Verifica-se que o Plano Bandeira de Mello lançou as bases para uma política distrital de saúde fundamentada no curativismo, no individualismo e na atenção especializada, focalizada, hospitalocêntrica e médico-centrada – com estímulo à formação técnica da enfermagem para apoiar o trabalho médico. Parte das dificuldades na implantação da Atenção Básica no DF nasce desses elementos, tendo em vista o confronto direto com a necessidade de transformação do modelo de saúde vigente (GÖTTEMS *et al.*, 2009).

Como consequência da crise política em torno do mandato de Jânio Quadros – que mudou toda a equipe organizadora do Plano de Saúde de Brasília, substituindo-a por médicos estranhos à realidade local –, da condução de João Goulart e da intervenção militar, em 1964, que repercutiu na saúde distrital com a modificação da FHDF e com o precedente da criação de serviços privados de saúde (HILDEBRAND, 2008) – que se consolidaram no final dos anos 1970, com a construção do primeiro hospital privado de Brasília para vender serviços ao INAMPS (GÖTTEMS, 2010) –, a saúde do DF assumiu um formato fragmentado e vertical, incompatível com as necessidades de saúde da população (HILDEBRAND, 2008).

A expansão privatista, tendência em todo o território nacional, foi contraposta no DF, na década de 1970, com o desenvolvimento do Programa Integrado a Nível Periférico com Ênfase em Saúde Familiar em Planaltina – uma parceria entre a SES-DF, a UnB e a Secretaria de Serviço Social do Governo do Distrito Federal (GDF) (HILDEBRAND, 2008). O programa funcionava com base na atuação comunitária de uma equipe formada por enfermeiro, assistente social e auxiliares de saúde, que discutiam os problemas da população com o Grupo de Integração Comunitária (GIC), composto por lideranças comunitárias, entidades locais, associações, religiosos, freiras e padres que atuavam na saúde, educação, serviço social e agricultura (HILDEBRAND, 2008). Embora seja um avanço e um respiro ante à asfixia privatista, o programa não deixou de sofrer interferência do clima de disputa político-

econômica internacional no qual a Atenção Básica à Saúde estava envolvida mundialmente, sendo alvo da intervenção da Fundação Kellogg, que financiou o treinamento dos agentes de saúde (HILDEBRAND, 2008). A experiência foi dialética do ponto de vista dos avanços sociais, políticos e sanitários, concluindo-se que o programa, ao lado da unidade de saúde de Sobradinho, foi precursor do PSF no DF, com atuação central da enfermagem (HILDEBRAND, 2008).

Apesar disso, com o resultado de concentração das demandas de saúde nos hospitais, adotando-se um modelo hospitalocêntrico, especializado e de baixa cobertura populacional em detrimento da Atenção Básica e da saúde coletiva, o Plano Bandeira de Mello se mostrou insuficiente e inadequado para o acelerado crescimento demográfico, o que foi evidenciado pela insatisfação dos usuários, pela demanda reprimida e pela qualificação limitada dos profissionais (GÖTTEMS, 2010).

1979 a 1994 – Plano de Assistência à Saúde no DF: inserido no contexto internacional de expansão do ideário proposto em Alma-Ata para a Atenção Básica à Saúde e também de organização do sistema nacional de saúde inglês, que inspirou a saúde distrital; e no contexto nacional de mudanças no sistema de saúde, com modificações no sistema previdenciário e ebulição da RSB, o cenário distrital de construção de um sistema de saúde na nova capital do país se deu em meio à ditadura militar e à eleição indireta de governadores no DF (GÖTTEMS, 2010). Vale lembrar que o DF passou a escolher diretamente seus representantes, por meio do voto, apenas com a Constituição Federal de 1988 – o que repercute diretamente sobre a pauta da saúde, haja vista as diretrizes de participação social previstas no SUS graças ao movimento de Reforma Sanitária (GÖTTEMS *et al.*, 2009).

Não obstante, o processo de implantação do plano também foi contextualizado pela redemocratização e pelo início da organização político-partidária no DF, cujo resultado foi a eleição de Joaquim Roriz como primeiro governador eleito pelo voto direto na capital (GÖTTEMS, 2010). Ademais, socioeconomicamente, a política habitacional provocou a marginalização de grupos sociais no DF, o que tem influência na territorialização da Atenção Básica (GÖTTEMS, 2010).

Diante da insuficiência do Plano Bandeira de Mello, no cenário político de candidaturas à eleição indireta para o governo do DF e inspirado na experiência inglesa e no ideário de Alma-Ata, foi proposto o **Plano de Assistência à Saúde no DF (1979)** – também conhecido como **Plano Jofran Frejat** –, fundamentado na universalidade do acesso; na hierarquização dos níveis de atenção para a oferta de serviços, descentralizando a demanda do setor hospitalar; na

referência e contrarreferência; e na vigilância sanitária e epidemiológica para o trabalho comunitário em saúde (GÖTTEMS, 2010; GÖTTEMS *et al.*, 2009). O plano tinha como objetivo solucionar o alto custo decorrente do modelo médico-assistencial individualizante e ineficaz no qual resultou o Plano Bandeira de Mello; para isso, foi apresentado em três documentos: “Plano de Assistência à Saúde do DF”, “Atenção Primária à Saúde no DF” e “Implantação de Centros de Saúde” (HILDEBRAND, 2008).

Assim, o plano colocava a Atenção Básica como prioridade na reorganização do sistema distrital de saúde, com relevo ao componente de recursos humanos, a fim de compatibilizar os objetivos do sistema formador e utilizador desses profissionais, com o lema “Aprender trabalhando e trabalhar ensinando” (GÖTTEMS, 2010) – o que mais tarde resultaria na criação de uma escola de saúde no DF, com o objetivo de satisfazer a demanda de formação de profissionais centrados no sistema público e universal de saúde local.

Contudo, na prática, as unidades básicas de saúde ainda eram minoria na estrutura física do sistema, e a disponibilidade de médicos ainda era o indicador primordial de qualidade em saúde – desprestigiando a multiprofissionalidade e a ênfase territorial e coletiva da saúde, sobretudo pelo fato de a categoria médica ter sido forte opositora ao Plano Jofran Frejat, quando, por outro lado, a categoria de enfermagem foi grande apoiadora, sobretudo tendo em vista a valorização dos centros de saúde como ponto central da rede assistencial (GÖTTEMS, 2010). Além disso, havia relevante desigualdade territorial na priorização dos locais de implantação das unidades de saúde. A alocação dos centros de saúde obedeceu à definição do plano urbanístico de Brasília, que já determinava onde deveriam estar unidades de saúde, inviabilizando mudanças (GÖTTEMS, 2010). Isso estava em consonância com o modelo econômico nacionalmente vigente, que precisava equilibrar a contradição entre as exigências político-ideológicas da expansão das políticas públicas e o incremento dos custos mediante situação de crise fiscal – o que motivou um modelo de saúde de baixo custo voltado para a parcela excluída do sistema médico-assistencial privatista, legitimando diferentes graus de cidadania e reforçando a APS como “uma política pobre para pobres” (HILDEBRAND, 2008).

Assim, a acessibilidade da população às unidades básicas de saúde foi desfavorecida, privilegiando-se as regiões administrativas mais centrais em detrimento da periferia do DF, que sofria com condições precárias de vida e com a repercussão do modelo de saúde focado na assistência hospitalar e na doença, bem como com o ciclo de manutenção do adoecimento, decorrente da desnutrição e da ausência de saneamento básico (GÖTTEMS, 2010). Assim, a dificuldade de envolvimento da comunidade na expressão de suas demandas, a centralização

da gestão e a baixa permeabilidade às questões sociais contribuíram para que o plano passasse por severos regressos em sua implantação (GÖTTEMS *et al.*, 2009).

Também foram resultados da influência do cenário nacional sobre a estruturação da Atenção Básica no DF o PREV-SAÚDE e o CONASP. O PREV-SAÚDE cedeu ao DF as unidades do INAMPS, ao passo que o CONASP fez do DF uma das dez capitais brasileiras para a implantação do Projeto de Racionalização Ambulatorial, construindo uma rede ambulatorial única, que impactou favoravelmente a implantação da rede primária de saúde na capital federal (HILDEBRAND, 2008).

Embora tenha havido influência positiva, para a implantação do Plano Frejat, do plano CONASP e das AIS no cenário nacional – com a construção de centros de saúde – e da FHDF no plano local – com a realização de concursos de ágil nomeação de recursos humanos (GÖTTEMS, 2010) –, o contingenciamento de recursos para a saúde, que fragilizou a obtenção de financiamento para a implantação do plano em decorrência da dinâmica de enfraquecimento do regime ditatorial e da crise política do país, dificultou a sistematização da saúde no DF (GÖTTEMS, 2010). Ademais, particularidades locais e do próprio desenvolvimento do plano dificultaram seu sucesso – decorrendo em abandono dos centros de saúde pelo governo, pelos profissionais e pela população –, como a dificuldade de envolvimento da comunidade, a centralização da gestão, a baixa permeabilidade às questões sociais e a intensa mudança demográfica no DF (GÖTTEMS, 2010).

Posterior ao Plano Jofran Frejat, a I Conferência Distrital de Saúde (1985) foi contemporânea ao início da organização político-partidária no DF, que incrementou o debate de saúde com as questões políticas intersetoriais no período pós-ditatorial (GÖTTEMS, 2010). O processo foi contemporâneo à execução da RSB na reformulação constituinte e à implantação do SUDS, fazendo com que, no DF, fosse instituído um grupo de trabalho que reorientasse a atenção de acordo com as disposições do sistema nacional transitório (HILDEBRAND, 2008). A repercussão disso sobre a Atenção Básica na capital federal foi a normatização do atendimento médico em agenda, o aprimoramento do sistema de referência e contrarreferência, a articulação para investir na educação em saúde da população e o incremento na assistência odontológica – em colaboração com a UnB, única proposta que não foi executada (HILDEBRAND, 2008).

Outras sugestões do grupo de trabalho foram a autonomia no gerenciamento das unidades de Atenção Básica; o requisito da formação em Saúde Pública ou Administração em Saúde para os gerentes; e a criação de Conselhos Comunitários de Saúde para reorientar o

desenvolvimento das ações prioritárias – nenhuma dessas medidas foi executada (HILDEBRAND, 2008). Isso ajudou a sistematizar a crítica ao Plano Jofran Frejat, que se centrou em apontar a qualidade do plano, sem deixar de verificar seu equívoco: execução autoritária, não participativa e sem treinamento (GÖTTEMS, 2010).

1995 a 1998 – Plano de Reformulação do Modelo Assistencial (REMA) e implantação do Programa Saúde em Casa (PSC): a reforma do sistema distrital de saúde, diante da fragilidade do Plano Jofran Frejat, foi contextualizada por uma dinâmica política de relações polarizadas entre os governos federal e local, localizada em um cenário de crise política no país, decorrente das medidas neoliberais e da crise institucional aberta pelo processo de *impeachment* de Fernando Collor. Tal contexto crítico foi pano de fundo para o recrudescimento das desigualdades sociais, que determinaram socialmente condições adversas de saúde, originando epidemias (GÖTTEMS, 2010).

No DF, o esgotamento da Atenção Secundária como porta de entrada, resultante da priorização do modelo hospitalocêntrico em detrimento da Atenção Básica e da cultura de saúde promovida pelo modelo adotado, exigiu a reformulação sistêmica (GÖTTEMS, 2010). Em 1995, foi proposto o Plano de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal (REMA), diante de uma crise total da saúde do DF, cujo diagnóstico era de depauperação tanto da estrutura física quanto da estrutura burocrática (GÖTTEMS, 2010). O REMA foi uma agenda técnica e política para o remodelamento da atenção e da organização dos serviços, com base na intersectorialidade articulada com as demais políticas setoriais e na territorialização pelos distritos sanitários – que não se concretizaram em razão da estrutura burocrática e legal do DF, mantendo-se as regionais de saúde (HILDEBRAND, 2008).

Desenvolvidas em parceria com a universidade, as diretrizes do REMA diziam respeito ao fortalecimento da Atenção Básica enquanto porta de entrada, dos fluxos de referência e contrarreferência e do controle social, a partir da implantação dos Conselhos de Saúde; diziam respeito também à revisão da burocracia interna para a aquisição de insumos e a construção e gestão de unidades de saúde (GÖTTEMS, 2010). As mudanças eram implicadas tanto na reorganização do sistema quanto no controle social – inaugurando as Conferências Regionais de Saúde e o Planejamento Estratégico Democrático (PED) – e no financiamento, tendo em vista a contemporaneidade do REMA à instituição do Fundo de Saúde do DF (GÖTTEMS, 2010; HILDEBRAND, 2008).

Enquanto no âmbito nacional o PSF havia sido criado (1994) e sua execução começava em alguns estados e municípios, o DF tinha dificuldades de discuti-lo no plano local, o que

passou a ocorrer a partir do REMA (GÖTTEMS, 2010). O PSC foi implantado em 1997, visando a reformular a atenção à saúde no DF, implantar o SUS localmente e melhorar a qualidade de vida das pessoas (GÖTTEMS, 2010), como forma de racionalizar o sistema para garantir assistência a toda a população através da mudança no processo de trabalho da Atenção Básica como caminho para a mudança do modelo de saúde (HILDEBRAND, 2008). Seus princípios se baseavam na adstrição do território, na epidemiologia e na ampla cobertura da comunidade, fundamentados pela lógica da saúde coletiva e pela consolidação da Atenção Básica como porta de entrada da rede de saúde (GÖTTEMS, 2010). Assim, o PSC nasceu como inovação das práticas e do processo de trabalho na Atenção Básica, assumindo o desafio de coexistir com o modelo vigente desde os anos 1970 (HILDEBRAND, 2008).

A territorialização balizou o PSC, mapeando o território para calcular o número de Equipes de Saúde da Família (eSF) – sua proposta principal – necessário para a cobertura da comunidade. Essas equipes eram formadas por um médico e um enfermeiro generalista, três auxiliares de enfermagem e quatro ACS (GÖTTEMS, 2010). Fazendo jus ao nome do programa, o projeto era que as unidades de saúde de lotação dessas equipes estivessem dentro das comunidades, em casas alugadas ou construídas pelo governo. Assim, ao identificarem as demandas, as equipes encaminhariam a pessoa para um centro de saúde e, se necessário, deste para uma unidade de atenção de maior densidade tecnológica. Esse fluxo de referência implicava a lotação de especialistas nos centros de saúde, revendo-se seu papel (GÖTTEMS, 2010).

Os critérios para a implantação das equipes do PSC seguiram o exemplo das primeiras equipes de Saúde da Família implantadas no Ceará, indicados pelo MS: localidades que possuíam recursos de atendimento à saúde escassos, carência social e onde já houvesse discussão sobre o REMA (HILDEBRAND, 2008). Por fim, as equipes mínimas eram formadas por um médico, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem, quatro ACS e um auxiliar de serviços gerais; sua população adscrita era de cerca de mil famílias, distribuídas entre os ACS em microáreas de 250 famílias para cada (HILDEBRAND, 2008).

O PSC foi um programa essencial para a reformulação do sistema distrital de saúde, inspirado em experiências internacionais, sobretudo nas vivenciadas por Cuba (medicina de família e comunidade), Inglaterra (longitudinalidade do cuidado) e Espanha (estrutura da rede hospitalar) (GÖTTEMS, 2010). Santa Maria foi a primeira região administrativa a receber o programa. Ao final, o PSC alcançou a cobertura de nove regiões administrativas, sendo três delas cobertas em 100% (Recanto das Emas, Ceilândia e Planaltina); a saúde galgou um aumento do orçamento no plano de governo e um aumento da produtividade dos profissionais

(GÖTTEMS, 2010; HILDEBRAND, 2008).

A integração entre ensino, serviço e comunidade também fez parte do PSC por meio da parceria com a UnB, que originou o Polo de Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família (1997), com vistas à capacitação dos profissionais para atuar no novo modelo (GÖTTEMS, 2010). O perfil dos profissionais foi uma grande dificuldade para a implantação de novas práticas na Atenção Básica (HILDEBRAND, 2008); as incoerências entre a formação profissional, a insuficiência de profissionais capacitados e a necessidade de recursos humanos habilitados à atuação voltada à saúde pública, balizada pelos princípios do SUS, viriam a motivar, em 2001, a criação da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) (GÖTTEMS, 2010).

Apesar do sucesso, o PSC recebeu críticas relevantes e foi alvo de oposição do movimento sindical, de servidores públicos e de setores políticos. Em contraposição ao PSF, que priorizava a atuação dos ACS nas comunidades, o PSC enfatizava os profissionais de saúde, com protagonismo da focalização profissional e da especialização (GÖTTEMS, 2010). Tanto o REMA como o PSC mostraram fragilidades na integração da Atenção Básica com os demais níveis de atenção, mesmo com a tentativa de mudança na gestão para que os diretores regionais cumprissem esse papel articulador. Isso decorreu das dificuldades na referência e contrarreferência, bem como da desarticulação da rede e do desabastecimento de recursos humanos necessários à satisfação das demandas de saúde identificadas pela Atenção Básica (HILDEBRAND, 2008). Além disso, os critérios para a implantação das equipes reforçaram a Atenção Básica enquanto uma estratégia focalizada na população pobre, como uma política de redução de custos dentro da própria proposta de Atenção Básica, a partir de uma carta de serviços mínimos, em consonância com a perspectiva das agências internacionais (HILDEBRAND, 2008).

Para mais, a forma de contratação do PSC, embora a SES-DF dispusesse de profissionais concursados, deu-se por meio da terceirização dos contratos. Isso ocorreu através do Instituto Candango de Solidariedade (ICS), presidido pela primeira-dama do DF à época (GÖTTEMS, 2010). A gestão do PSC, compartilhada com ente privado, não fugiu ao padrão do que ocorre quando se abrem brechas no SUS para a atuação dos setores mercantis, considerando-se o convênio entre GDF e ICS um reflexo da política neoliberal predominante no país (HILDEBRAND, 2008).

As relações entre o ICS e o GDF começaram a ser investigadas pelo Ministério Público em 1999, ano de extinção do programa em razão das mudanças no governo (GÖTTEMS, 2010; HILDEBRAND, 2008). A investigação evidenciou a aquisição de recursos do Estado sem

justificativa, contratos de valores estratosféricos e cabides de emprego. Em 2018, O Tribunal de Contas do DF concluiu que a relação entre GDF e ICS representou prejuízo irrecuperável para o Distrito Federal, cuja dimensão é prejudicada pela perda e omissão de documentos por parte do instituto desde a sua extinção (PAULA, 2018). Sabe-se que algumas consequências que perpassam tanto a adesão quanto a ruptura do contrato com o ICS são prejuízos trabalhistas processos judiciais e perda de materiais e insumos (GÖTTEMS, 2010); profissionais e locatários das casas onde funcionavam as unidades de saúde recorreram à Justiça para garantir seus proventos financeiros, pois o rompimento do programa foi brusco (HILDEBRAND, 2008).

Considerando-se o PSC como um formato de implantação do PSF no DF e os pormenores relacionados à reforma do sistema de saúde a nível nacional, verifica-se que implicações importantes acerca do financiamento da saúde pública federal impactaram o DF, resultando no atraso do repasse financeiro e, portanto, do desenvolvimento do PSC (GÖTTEMS, 2010). A gestão plena do sistema de saúde só foi alcançada pelo DF em 2002, atrasada em razão dos percalços federais relacionados ao financiamento do SUS e influenciando o PSC; localmente, as relações político-partidárias e as singularidades da implementação do PSC, atrelado a um organismo privado de gestão, foram elementos importantes para o retardo no desenvolvimento da Atenção Básica no Distrito Federal (GÖTTEMS, 2010).

1999 a 2003 – Implantação do Programa Saúde da Família: no contexto da extinção do PSC, outro método de implantação do PSF foi necessário no DF. Isso ocorreu em um cenário desfavorável ao financiamento da Atenção Básica na capital federal, uma vez que o alcance da forma plena de gestão, de acordo com a NOB 96, foi dificultoso; o piso de Atenção Básica fixo e variável – nova forma de financiamento do setor – era destinado a quem havia aderido ao PSF a partir de 1998, e o Fundo Constitucional do DF só foi instituído após o momento mais crítico de estruturação do sistema de saúde local (GÖTTEMS, 2010). Especificamente na SES-DF, o cenário era de reestruturação geral, com a proposta de extinção da FHDF, modificações na administração central das Atensões Secundária e Terciária e reestruturação do setor educacional da SES-DF para a formação de recursos humanos (GÖTTEMS, 2010); além disso, era necessário lidar com as adversidades impostas pela extinção do PSC e suas consequências de endividamento, encargos trabalhistas e crise política e institucional (HILDEBRAND, 2008). Isso teve grandes implicações na descontinuidade da atenção à saúde, defrontando-se com a diretriz da longitudinalidade na Atenção Básica, pela construção do vínculo (HILDEBRAND, 2008).

Além das especificidades do setor saúde, a conjuntura política no DF também era

adversa a uma reestruturação do sistema voltada à Atenção Básica como porta de entrada e foco do modelo de saúde (GÖTTEMS, 2010). Havia um clima de revanchismo político-partidário e o DF vivia relevante polarização política, acrescida por momentos de conflito entre o governo local e o federal (GÖTTEMS, 2010). Nessa senda, vale mencionar que o governo federal se alinhava ao liberalismo econômico, com reduções substanciais do investimento em políticas de proteção social, inclusive saúde, e expansão da venda de serviços essenciais ao bem-estar social para a iniciativa privada (GÖTTEMS, 2010).

Apesar das adversidades conjunturais, em 1999 o GDF decide tentar novamente implantar o PSF. Institucionalmente, o documento com diretrizes para a execução do PSF no DF era o Plano de Saúde de 1999, com diretrizes para o ano 2000, ainda que de forma muito frágil (GÖTTEMS, 2010; HILDEBRAND, 2008). Por outro lado, o Plano de Saúde 1999-2002, com diretrizes para o período de 2001-2003, previa de forma mais estruturada a meta de prestar assistência focada na comunidade, tanto nas unidades de saúde quanto nos domicílios, levando a uma execução centrada nas equipes alocadas nos centros de saúde das diretrizes previstas pelo Ministério da Saúde: territorialização, cadastramento, adscrição de clientela (GÖTTEMS, 2010; HILDEBRAND, 2008). Para mais, a prioridade foi incentivar os servidores da SES-DF à atuação nos centros de saúde, em vez de apostar em vínculos trabalhistas precarizados através do terceiro setor (GÖTTEMS, 2010).

O PSF foi implantado no DF sem muitas especificidades, em uma tentativa de seguir estritamente os objetivos e as diretrizes propostas pelo MS, incluindo a vinculação da equipe técnica à coordenação do PSF no MS. Intentava-se que o PSF no DF prestasse serviços de saúde integral, de forma resolutiva e contínua, na unidade de saúde e nos domicílios, com referência e contrarreferência (HILDEBRAND, 2008). Ademais, tinha-se como objetivo implantar um modelo de vigilância à saúde pautado em ações de promoção, proteção e reabilitação, como forma de garantir os princípios do SUS – o que era um avanço conceitual (HILDEBRAND, 2008). O propósito era atribuir ao modelo de atenção um teor preventivo, mudando a percepção da população sobre o paradigma da saúde (HILDEBRAND, 2008).

Houve, contudo, problemas relacionados à gestão da implantação do programa, motivados pelo manejo inadequado dos impasses decorrentes da extinção do PSC e da modificação do modelo de saúde (GÖTTEMS, 2010). Embora pensado para ser um programa substitutivo do PSC, até pelas divergências políticas entre os governos o PSF-DF foi inserido paralelamente à rede de serviços da SES-DF por meio de um novo contrato com o ICS, dada a condição hostil ao sucesso da implantação do programa, tendo como uma das características a

indisponibilidade de profissionais e exigindo uma medida administrativa incompatível com as condições da SES-DF no momento: realização de concurso público (GÖTTEMS, 2010; HILDEBRAND, 2008; GÖTTEMS).

Isso, aliado à insatisfação popular com a oferta de saúde pública no DF, motivou o GDF à retomada do contrato com o Instituto Candango – acompanhando também uma tendência nacional de recurso ao terceiro setor, alinhada ao ideário do liberalismo econômico implementado pelo governo federal sob a gestão de Fernando Henrique Cardoso (GÖTTEMS, 2010). A convivência entre processos de trabalho distintos, quais sejam o regime previsto pela contratação via ICS e aquele previsto pelo concurso público para a SES-DF, constituiu importante obstáculo, dada a contradição estrutural decorrente dos regimes de admissão e do sentido do trabalho atribuído aos diferentes modelos (HILDEBRAND, 2008).

Outra crítica pertinente é o formato vertical da implantação, com decisões restritas ao âmbito governamental, uma vez que o debate ampliado só ocorreu em 2000, na V Conferência Distrital de Saúde (GÖTTEMS, 2010). A inserção do controle social nos debates e no planejamento da implantação do PSF no DF deu início a formulações sobre a multiprofissionalidade nas equipes de Saúde da Família e possibilitou a inserção do PSF enquanto meta no Plano de Saúde 2001-2003 – uma forma de garantir a continuidade da ação (GÖTTEMS, 2010).

Para mais, critica-se a desvinculação da proposta do PSF-DF para com o histórico em curso, no formato de gabinete ministerial fora da estrutura da SES-DF, o que implicava desconsiderar muitas especificidades do DF que já vinham sendo tratadas (HILDEBRAND, 2008). O PSF-DF passou a ser um requisito burocrático para habilitar o DF ao cumprimento das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e dos critérios para Gestão Plena do Sistema de Saúde, culminando em incentivo financeiro para a pasta de saúde local (HILDEBRAND, 2008).

Em termos de práticas de saúde, a proposta não descrevia ações intersetoriais, intervenções operativas e articulações entre as ações promocionais e preventivas com as curativas, em razão da baixa integração entre os serviços. Faltava a dimensão do risco no planejamento das ações (HILDEBRAND, 2008). Além disso, não havia condições para a continuidade do atendimento nos serviços de média e alta complexidade – uma debilidade que se perpetua e evidencia as fragilidades na articulação de rede em saúde –, pois o sistema de referência e contrarreferência, além de moroso, não contava com adequada classificação de risco e estratificação de prioridade. Essas incongruências eram decorrentes da divergência entre a política de saúde e a política de governo (HILDEBRAND, 2008).

Por fim, a territorialização também foi elemento adverso, reforçando iniquidades por garantir cobertura de saúde às áreas consideradas mais nobres e marginalizando do acesso à saúde pública as áreas periféricas do DF (GÖTTEMS, 2010). A cobertura populacional foi de apenas 20%, com redução significativa do número de equipes previstas para o programa (HILDEBRAND, 2008). Para mais, existia um grande vazio assistencial, uma vez que os critérios para a implantação de unidades divergiam daqueles preconizados em normativa federal e, principalmente, das necessidades reais da população do DF. Isso ocasionou que equipes do PSF fossem implantadas onde já havia cobertura por centro de saúde, gerando dupla oferta, ao passo que localidades sem nenhuma cobertura assistencial se mantiveram dessa forma (HILDEBRAND, 2008). Nem mesmo o subsídio epidemiológico do programa era garantido, uma vez que os dados computados no Sistema de Informação da Atenção Básica eram lançados por funcionário terceirizado pelo ICS, sem noção clara da importância da atividade executada – o que tem repercussão substantiva no planejamento em saúde, no financiamento da Atenção Básica e na garantia da equidade (HILDEBRAND, 2008).

O clima político negativo, a fragilidade na contratação e supervisão das equipes, a precarização do trabalho e a falha na gestão do programa foram expressão do fracasso da implantação do PSF, associados à desvalorização da Atenção Básica e à banalização das diretrizes nacionais para o remodelamento da saúde brasileira (GÖTTEMS, 2010). Ao final, o programa recebeu pouco destaque como mudança do modelo de saúde, aparentando servir apenas à racionalização dos custos (HILDEBRAND, 2008).

Em 2003, o PSF precisa passar por nova roupagem, tanto para se adequar às novas determinações do Ministério da Saúde, que levaram o DF a uma estrutura própria de regionalização, quanto pela alegação de corrupção no processo de execução, que esteve atrelada ao novo contrato com o ICS (GÖTTEMS, 2010). OPSF foi desativado em outubro de 2003 pela discordância dos órgãos de controle sobre a forma de contratação via ICS e por todas as implicações e ilegalidades disso decorrentes (HILDEBRAND, 2008).

Um capítulo à parte desse processo foi a integração entre ensino, serviço e comunidade, princípio fundamental para a criação da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e da ESCS, em 2001 (GÖTTEMS, 2010). A criação da ESCS tem relação direta com o período de remodelamento da Atenção Básica pelo intento de formar, no âmbito da SES-DF, profissionais habituados ao contexto da saúde pública, a partir de uma metodologia de ensino inovadora, constituindo um perfil nacionalmente preconizado de profissionais voltados ao SUS. Desde a sua fundação, em 2001, a ESCS é

[...] vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), cuja finalidade é ministrar, desenvolver e aperfeiçoar o ensino-aprendizagem das Ciências da Saúde, mediante cursos de graduação, pós-graduação, pesquisa e extensão, apoiar as atividades de pesquisa da área da saúde, no âmbito da SES/DF e em parceria com instituições afins, visando o desenvolvimento do bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da comunidade, como exigência para a cidadania. (DISTRITO FEDERAL, 2022)

Atualmente, a ESCS está vinculada à Universidade do Distrito Federal Jorge Amaury (UnDF), mantendo, até então, seu caráter público e conduzindo os cursos de graduação em Medicina e Enfermagem, bem como cursos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu* (DISTRITO FEDERAL, 2022). A instituição utiliza metodologias ativas de aprendizagem, tendo como fundamento a integração entre o ensino e os serviços dirigidos à comunidade, além da gestão do processo educacional, que permite aos estudantes o alcance pleno do que é preconizado pelos currículos profissionais e pelas diretrizes curriculares nacionais (MOREIRA *et al.*, 2020).

O projeto político-pedagógico é balizado principalmente pela Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e pela metodologia da problematização, garantindo a articulação entre a organização e a produção do conhecimento, com a inserção dos profissionais em formação na prática voltada à saúde pública, a fim de que estejam conectados com os desafios da práxis no ambiente de trabalho e com as lutas emergentes dos campos sociais (GÖTTEMS, 2010; MOREIRA *et al.*, 2020). Assim, têm-se profissionais de formação socialmente referenciada, adequada ao exercício profissional dialético exigido pela renovação das demandas de saúde e pelo contexto de vida da comunidade (MOREIRA *et al.*, 2020). Compreende-se, portanto, a fundação da ESCS como um grande saldo positivo do período de remodelamento do sistema de saúde do DF.

2003 a 2006 – Programa Família Saudável (PFS): em um contexto de mobilização nacional pela implantação do PSF, através de iniciativas do Ministério da Saúde, o DF se viu impelido a uma nova tentativa de remodelar o sistema de saúde local através da priorização da Atenção Básica, sobretudo por ser uma das unidades da Federação alvo do PROESF (GÖTTEMS, 2010). A adversidade se deveu à conformação política da capital federal, com mais uma crise polarizada entre os concorrentes ao GDF e relações ambivalentes com o governo federal, incluindo tentativas de *impeachment* do então governador Joaquim Roriz (GÖTTEMS, 2010).

No âmbito da saúde, faziam parte da conjuntura o risco de descredenciamento do DF da modalidade plena de gestão pelo MS e um surto de hantavirose, além de questões judiciais que envolviam diretamente a saúde (GÖTTEMS, 2010). Apesar disso, tendo em vista que a

manutenção do PSF era critério para a participação no PROESF, o que implicava financiamento, o DF propôs o Programa Família Saudável (PFS) como um novo formato para a Atenção Básica local (GÖTTEMS, 2010).

O PFS foi estruturado em 2003 e sua implantação ocorreu em 2004, vislumbrando uma adaptação das diretrizes do MS para o PSF à realidade local. O programa priorizava a reorganização e o fortalecimento da Atenção Básica a partir da ampliação e consolidação da ESF, remetendo ao Plano Jofran Frejat no que tange à territorialização, à descentralização, à regionalização e à atuação em rede de saúde (GÖTTEMS, 2010). Não só os princípios, mas os limites dos Planos Bandeira de Mello e Jofran Frejat foram objeto da atenção do PFS, na tentativa de corrigir as inconsistências relacionadas ao crescimento demográfico e ao perfil profissional, a partir de um diagnóstico situacional robusto e da modificação do modelo biomédico e hospitalocêntrico (GÖTTEMS, 2010).

As iniquidades em saúde também estavam na pauta do PFS, com planejamento de iniciar novas equipes e unidades nas periferias, bem como ações voltadas à população privada de liberdade, à saúde mental – com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – e à saúde bucal (GÖTTEMS, 2010; HILDEBRAND, 2008). Dessa forma, o projeto de Família Saudável se propôs a ser um plano de conversão do modelo de saúde, aportado por uma análise detalhada da trajetória do sistema distrital de saúde, das características sociodemográficas do DF e das experiências anteriores (HILDEBRAND, 2008).

A implantação do PFS ocorreu, mais uma vez, através de parceria com o terceiro setor, acompanhando a tendência nacional; desta vez, a contratada foi a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) Fundação Zerbini, já que o novo contrato com o ICS foi desfeito em razão de apontamentos de corrupção – um dos protagonistas da crise política com centralidade na saúde pública local, o que levou à instauração da Comissão Parlamentar de Inquérito da Saúde (CPI da Saúde) (GÖTTEMS, 2010).

Também a predileção nacional por essa modalidade de contrato provocou os órgãos de fiscalização a uma maior observância quanto à execução do trabalho; logo, a Fundação Zerbini desenvolveu suas atividades no DF sob vigilância do Ministério Público e, de pronto, já com muitos problemas: perdeu a natureza de OSCIP em 2005, necessitando transformar o contrato em convênio e passando por termos aditivos (HILDEBRAND, 2008). A repercussão prática dessas alterações administrativas foi a “descontinuidade na contratação, diminuição no ritmo de implantação das equipes e conseqüentemente na efetivação do plano de conversão do modelo de atenção” (HILDEBRAND, 2008, p. 214).

Assim como as iniciativas anteriores, apesar das dificuldades técnico-políticas, o PFS

realizou mudanças importantes, que contribuíram para a estrutura atual da SES-DF e da Atenção Básica à Saúde na capital federal. Uma delas é a nova regionalização da assistência em sete regiões de saúde (HILDEBRAND, 2008). A regionalização é uma medida importante para a conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com as devidas portas de entrada e serviços de referência, a fim de tornar progressiva a eficiência no acesso e na utilização dos serviços disponíveis através da articulação entre os serviços do território, sistematicamente organizados (GÖTTEMS *et al.*, 2017). Para isso, a regionalização é prevista no Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, reiterando a prioridade da Atenção Básica à Saúde como porta de entrada da RAS e principal organizadora e articuladora dos demais serviços, para um acesso universal, igualitário e ordenado (GÖTTEMS *et al.*, 2017).

Considerando essa concepção como um caminho para superar a perspectiva atomizada de níveis de atenção, substituindo-a pela estrutura de RAS, nota-se o esforço do PFS para a transformação do modelo de saúde. Para que sejam delimitadas as regiões de saúde, deve-se não apenas aplicar parâmetros que os limites geográficos dos espaços territoriais de forma bem-definida e gerenciável, mas também identificar as características biopsicossociais e socioculturais do território, dentro do que se assume como determinação social do processo saúde-doença – favorecendo, portanto, a cooperação intersetorial e a efetividade do planejamento em saúde (GÖTTEMS *et al.*, 2017).

A regionalização no DF é um desafio, dada a particularidade da acumulação das funções político-administrativas de Estado e Município, o que resulta em regiões administrativas que não seguem a lógica sanitária adotada nacionalmente. Dessa forma, o arcabouço legal e infralegal que direciona a regionalização e a descentralização em saúde não se aplica totalmente às particularidades do Distrito Federal (GÖTTEMS *et al.*, 2017). Ainda que a Lei Orgânica do DF preveja a descentralização administrativa das ações e serviços públicos de saúde para as regiões administrativas, que são geridas por seus respectivos administradores, a gestão em saúde historicamente parte de um nível central, sendo a descentralização pulverizada para as regionais a partir de sua conformação em rede (GÖTTEMS *et al.*, 2017).

Atualmente, como resultado da reforma da regionalização da saúde no DF feita em 2016, a gestão descentralizada da saúde é realizada por superintendências de saúde, com Unidades de Referência Distrital (URD) – que são os hospitais – e planejamento baseado nos instrumentos clássicos de planejamento: Plano Plurianual (PPA), Plano Distrital de Saúde (PDS) e Programação Anual de Saúde (PAS) (GÖTTEMS *et al.*, 2017).

A modelagem organizacional resultante, que teve como piloto a iniciativa de regionalização do PFS, mantém as sete regiões de saúde da seguinte forma: Região Central (Plano Piloto – Asa Norte, Asa Sul, Vila Telebrasília, Vila Planalto e Noroeste –, Lago Norte, Lago Sul, Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal e Varjão); Região Centro-Sul (Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento – SIA, Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – SCIA); Região Oeste (Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol, Brazlândia); Região Sudoeste (Taguatinga, Águas Claras, Arniqueiras, Vicente Pires, Samambaia e Recanto das Emas); Região Norte (Sobradinho I, Sobradinho II, Fercal e Planaltina); Região Leste (Paranoá, Jardim Botânico, Itapoã e São Sebastião); e Região Sul (Gama e Santa Maria) (GÖTTEMS *et al.*, 2017; LEAL, 2021). Cada superintendência possui estrutura administrativa enxuta, com capacidade de gestão da assistência, planejamento, aquisições e contratações regionais, acrescida da possibilidade de intercâmbio de recursos humanos, materiais e físicos entre unidades de saúde de uma mesma região (GÖTTEMS *et al.*, 2017).

O sucesso da regionalização não foi acompanhado por outros resultados alcançados com o PFS através da Fundação Zerbini. O plano de implantar equipes multidisciplinares, baseadas no matriciamento e na lógica da clínica ampliada, não foi concretizado; a compreensão sobre a importância e a necessidade do PCAS foi frágil e conflituosa, impondo obstáculos à conformação das equipes de referência nas unidades básicas de saúde; houve escassez de equipes de saúde bucal e dificuldade no atendimento pela falta de equipamentos; manteve-se a atenção à saúde prisional – apesar da inovação na implantação – e à saúde mental em formatos ambulatoriais, fragmentados, focalizados e manicomiais; e não se estruturaram processos de educação continuada para todas as categorias profissionais (HILDEBRAND, 2008).

Além disso, a meta de cobertura original do projeto foi reduzida de 100% para 40%, e ao final, em 2006, havia apenas 25% de cobertura populacional das equipes mínimas. Além disso, a cobertura foi focalizada na área rural e na população pobre, desassistida por serviços de Atenção Básica. Isso poderia ser positivo do ponto de vista da descentralização e da promoção de equidade, mas a falta de prioridade para os recursos da saúde e sobretudo para a Atenção Básica desvirtua esse horizonte. Na prática, territórios sem nenhuma unidade de saúde acabaram por não receber o PFS, descaracterizando a proposta de universalidade e descumprindo o projeto de transformação do modelo, por reforçar a Atenção Básica enquanto “uma iniciativa pobre para pobres” (HILDEBRAND, 2008).

Outros problemas que merecem citação são a perda da gestão plena pelo GDF, em razão

das irregularidades na implantação do programa e na alimentação dos sistemas de informação e do mecanismo precário de contratação (HILDEBRAND, 2008). A tradição do terceiro setor abriu, novamente, uma crise caracterizada tanto pelo intenso movimento de oposição ao método de implementação do PSF no DF quanto pelas acusações de corrupção constatadas pelo Tribunal de Contas do DF e pelo Ministério Público local (GÖTTEMS, 2010). Esse quadro levou, em 2006, ao fim da parceria entre o GDF e a Fundação Zerbini – sem, no entanto, findar com o PFS, como ocorreu ante à ruptura do contrato com o ICS à época do Programa Saúde em Casa (GÖTTEMS, 2010).

Tal cenário obrigou o GDF, inclusive juridicamente, a investir na máquina pública para a contratação de recursos humanos, instituindo os concursos públicos voltados ao PSF – inclusive para a adequação ao movimento de despreciação do trabalho ao qual o MS estava dedicado (GÖTTEMS, 2010), uma medida que contribuiu para que a Atenção Básica se efetivasse na capital federal (HILDEBRAND, 2008).

Outra dificuldade que precisou ser alvo de revisão do GDF foi a pulverização da gestão do PFS, que impedia duas diretrizes centrais do programa: articulação entre equipes e conversão do modelo de APS (GÖTTEMS, 2010), sobretudo em razão da divergência de objetivos entre a SES e a Fundação Zerbini – enquanto aquela pretendia converter o modelo de atenção, esta buscava produzir maior volume de serviços para agregar capital (HILDEBRAND, 2008). Assim, não houve debate acerca da conversão da Atenção Básica, dos critérios de implantação das equipes, da conformação de protocolos e normas e das atribuições e responsabilidades profissionais (HILDEBRAND, 2008).

Portanto, denota-se da historicidade das iniciativas de remodelamento da saúde no DF que as tentativas de reorganização, por meio da ESF, não provocaram alterações substanciais (GÖTTEMS, 2010), principalmente por sua interpretação como políticas individuais de governo, como bandeira eleitoral e como caminho para a terceirização da saúde – uma tendência nacional que se aprofunda (HILDEBRAND, 2008):

O modelo político-tecnológico de atenção à saúde da família desenvolvido no DF, constituído pelos programas Saúde em Casa (1997 a 1998), Programa Saúde da Família (1999 a 2003) e Família Saudável (2004 a 2006) sofreu influências de macropolíticas, sobretudo da concepção do Estado mínimo, seguindo a tendência nacional e internacionais imposta pelas diretrizes políticas neoliberais para o ato de governar a questão pública, que culminou na implantação de uma política de saúde restritiva e focalizada contendo um pacote de serviços de atenção básica insuficiente para garantir a universalidade, a integralidade e a equidade na atenção à saúde rumo à consolidação do SUS. [...] a produção dos serviços de saúde seguiu as leis de mercado para sua execução, distribuição e consumo mediante a organização tecnológica do trabalho pautada no

paradigma médico biológico hegemônico, curativa, individual, assistencialista e centrada no medicamento. (HILDEBRAND, 2008, p. 269, 279)

Apesar disso, a implantação da atenção à saúde da família no DF não deixou de ter avanços e de constituir uma proposta contra-hegemônica ao modelo de atenção vigente, acompanhando a tendência nacional de transformação do cenário de saúde, em consonância com o movimento da RSB (HILDEBRAND, 2008). Por isso, a consolidação da ESF seguiu como o objetivo da saúde local, com vistas a aderir ao que ocorria nacionalmente: expansão das equipes e consolidação da cobertura populacional (HILDEBRAND, 2008).

2007 a 2009 e atualidade – Estratégia Saúde da Família (ESF): em meio a contradições no esforço do governo federal para a ampliação da Atenção Básica como pilar de consolidação do SUS, com consequências relevantes aos processos de terceirização e ao desfinanciamento crônico imposto à saúde pública brasileira, o DF se vê impulsionado a seguir na tentativa de remodelar a saúde local a partir da APS (GÖTTEMS, 2010). A tentativa expressa até mesmo a iniciativa de abandonar gradativamente as terminologias alternativas e adotar aquela utilizada pelo MS: Estratégia Saúde da Família (ESF) (GÖTTEMS, 2010).

Além disso, objetivamente, a SES-DF se dedica a corrigir os entraves localizados na fragmentação da gestão da APS no DF e na precarização dos vínculos de trabalho, bem como investe na adoção do NASF a partir de 2006 (GÖTTEMS, 2010). Tal iniciativa se contextualiza em uma crise de representatividade política relevante, caracterizada pela ruptura da hegemonia de Joaquim Roriz e pela cisão dos grupos políticos locais (GÖTTEMS, 2010).

O Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, visando à consolidação da ESF, partiu do diagnóstico da rede física; da situação dos profissionais – com más condições de trabalho, desmotivação e desmobilização –; do modelo fragmentado de saúde; da baixa cobertura populacional; da insuficiência de insumos, equipamentos e infraestrutura; da pulverização da gestão e de sua falta de instrumentos eficientes; e da fragilidade da estruturação da rede de saúde no DF, com a devida integração entre os níveis de atenção à saúde (GÖTTEMS, 2010).

Assim, o plano objetiva reorganizar a Atenção Básica no DF até 2014, com expansão e qualificação para a resolutividade das equipes, incorporação de recursos humanos e tecnologia qualificada e estruturação da rede integrada de atenção à saúde, além do desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre a APS (GÖTTEMS, 2010). O plano, afinal, associa a consolidação da ESF à aquisição das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na rede distrital de saúde e, principalmente, à implantação dos NASF na rede básica (GÖTTEMS, 2010).

O diferencial dessa fase de estruturação da APS a partir da implantação da ESF foi a gestão ter abdicado da intervenção externa para a gestão do nível de atenção, passando a contratar profissionais através de concursos públicos e estimular os servidores mais antigos da SES-DF a desenvolver suas práticas profissionais na lógica proposta pela ESF (GÖTTEMS, 2010). O plano de ampliação da APS no DF, entre 2008 e 2011, foi marcado pelo aumento de médicos de família e comunidade na SES-DF e pela criação, em 2011, das Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) e das Gerências de Saúde da Família (GESF) nas regionais de saúde, com vistas a favorecer a organização da ESF (MOREIRA, 2021).

Contudo, a permanência desses profissionais na saúde da família e comunidade permaneceu um desafio em razão do desgaste profissional, dos baixos salários e – principalmente – do modelo de saúde o qual fundamenta a cultura que compreende a Atenção Básica como inferior, ao passo que favorece a expansão da rede privada através dos planos de saúde, com foco hospitalocêntrico e médico-centrado (GÖTTEMS, 2010).

Também seguiu como um desafio o aporte de infraestrutura e insumos para a ESF, ao que a SES achou por bem responder firmando um empréstimo com o Banco Mundial – o que insere o DF na dinâmica internacional de disputa dos rumos da política de saúde nos países em desenvolvimento (GÖTTEMS, 2010). Na sequência dos fatos, ocorre a nomeação, para a SES-DF, de um secretário de saúde alinhado aos princípios neoliberais, que implementa na saúde do DF uma política alinhada à austeridade (GÖTTEMS, 2010).

Chama atenção nessa fase da estruturação da Atenção Básica no DF não apenas o alinhamento ao neoliberalismo, perspectiva fragmentadora do cuidado em saúde e descompatibilizadora do acesso a ele como um direito, mas também o fato de que as iniciativas de implementação da ESF como estratégia prioritária para a APS não tiveram participação popular nem foram submetidas ao Conselho de Saúde (GÖTTEMS, 2010). O resultado é uma implantação descontínua e inexpressiva, demonstrada pelos indicadores de cobertura populacional (GÖTTEMS, 2010).

Alguns desafios em âmbito nacional repercutem no DF, exigindo o preparo da rede de saúde: a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências prevê a criação das UPA e a descentralização das urgências nas UBS; ocorre a pandemia de gripe suína (GÖTTEMS, 2010). Em 2009, nova crise política local tem a saúde como um de seus principais alvos, com cerne nos contratos de terceirização de outros níveis de atenção – uma vez que os contratos da APS foram colocados sob gestão direta (GÖTTEMS, 2010).

Ao final de 2015, a observação de um modelo de saúde direcionado a condições agudas,

com atenção fragmentada, superlotação dos serviços hospitalares de emergência, subutilização das UPA, falta de leitos hospitalares, barreiras de acesso à atenção especializada e baixa cobertura e resolutividade da APS, levaram a uma reforma. O resultado foi a substituição das Gerências de Centros de Saúde (GCS) e das GESF pela forma unificada delas: as Gerências de Serviços de Atenção Primária (GSAP) (MONTEIRO, 2021). Posteriormente, em 2016, uma nova reforma foi realizada (vide Decreto nº 37.057) e se firmaram as regiões de saúde já explicitadas (MONTEIRO, 2021), além de ter sido criado o Programa de Gestão Regional da Saúde (PRS), e, em 2017, inaugurado o Complexo Regulador em Saúde do DF (CRDF) (LEAL, 2021).

O histórico da construção da Atenção Básica no DF leva à percepção de que as crises políticas fazem com que cada governo tenha influência particular sobre a conformação da política de Atenção Básica local, fazendo dela um setor vulnerável à mudança de agenda dos governos no âmbito da política de saúde (GÖTTEMS, 2010). Pode-se verificar esse elemento pela mais recente mudança na Atenção Básica à Saúde distrital, com a conversão do modelo para a consolidação da Estratégia Saúde da Família.

A coexistência de diversos modelos de Atenção Básica à Saúde – modelo tradicional, ESF e PACS – impunha ao DF uma das piores coberturas populacionais do Brasil, além da ausência dos atributos que conferem eficiência à saúde da família e solidez à APS enquanto porta de entrada, fazendo dela acessória à atenção hospitalar, já que o planejamento das ações não correspondia às necessidades dos territórios e das comunidades, a atenção ainda era muito centrada no médico e não havia linearidade no processo de trabalho (COSTA *et al.*, 2022; LEAL, 2021; MONTEIRO, 2021).

Para mais, o modelo voltado às condições agudas, associado ao crescimento das condições crônicas, refletia na superlotação das emergências hospitalares, com consequente insuficiência de leitos hospitalares; na baixa qualidade dos atendimentos; em barreiras na vazão do fluxo à assistência especializada – com longas filas de espera –; e na cobertura insatisfatória da APS, que foi de 30,8% até o início de 2017 (CANUTO, 2019). Assim, a fim de destituir essa concomitância de modelos e solucionar os embargos substanciais na garantia da assistência à saúde, o Plano Brasília Saudável foi lançado em 2016, constituindo um conjunto de ações para o fortalecimento da APS, de forma articulada com outros pontos da rede de atenção, visando à conversão dos modelos de cuidado (CANUTO, 2019).

Como parte dessa reorganização, em 2017 a Portaria nº 77 instituiu a Política Distrital de Atenção Primária à Saúde (PNAB-DF) (COSTA *et al.*, 2022; LEAL, 2021). A PNAB-DF

organiza as equipes em Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB), Equipe de Saúde da Família Rural, Equipe de Consultório na Rua, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Equipes de Saúde de Atenção Domiciliar, Equipe de Saúde do Sistema Prisional e do Sistema Socioeducativo, Centros de Referência em Práticas Integrativas e Equipes do Programa Academia da Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2017a; LEAL, 2021). Também fazem parte da condução da Atenção Básica no DF o acolhimento com classificação de risco, a educação permanente em saúde e o fornecimento integral de ações e serviços que compõem uma ampla carteira disponível à população (LEAL, 2021).

Nessa perspectiva, a Portaria nº 78, do mesmo ano, regulamentou o Converte ou Converte APS: projeto de reforma da Atenção Básica à Saúde no DF, com novas regras de funcionamento, visando à mudança total do modelo tradicional para o modelo que adota a saúde da família e comunidade como estratégia prioritária de execução da Atenção Básica (BRASIL, 2017; CANUTO, 2019; COSTA *et al.*, 2022; LEAL, 2021).

O Converte estabeleceu que a instituição da Estratégia Saúde da Família como modelo único da Atenção Básica à Saúde no DF se desse de forma gradual, priorizando as áreas de maior vulnerabilidade social (LEAL, 2021). Regionalmente e de forma descentralizada, as Portarias nº 77 e nº 78 flexibilizaram que cada região de saúde elaborasse seu plano de conversão, com base nas normativas gerais e considerando as especificidades locais – o que lhes confere autonomia a partir do respaldo normativo (MOREIRA, 2021). A ESF passou a ser modelo prioritário no DF, por força de lei, em 2018, através da Lei nº 6.133 (LEAL, 2021). Vale salientar que o Converte ocorreu no DF enquanto o cenário político nacional era de grande crise e intensa instabilidade política, com influência significativa sobre as políticas sociais (MONTEIRO, 2021).

A conversão estabeleceu, junto aos médicos, que aqueles interessados em continuar atuando na Atenção Básica precisavam se vincular a uma ESF, e que os que desejassem manter a atuação como especialistas seriam remanejados para outros serviços dos demais níveis de atenção (LEAL, 2021). Era dada prioridade aos servidores com titulação em Medicina de Família e Comunidade ou em Saúde da Família, adotando-se o critério secundário de maior tempo de serviço para definição sobre a permanência na Atenção Básica (DISTRITO FEDERAL, 2017b; LEAL, 2021).

As equipes de transição reuniram os especialistas já lotados nas UBS, os ACS e a equipe de enfermagem; vigoraram por um ano para ambientação ao novo modelo e posteriormente foram divididas em eSF responsabilizadas por territórios que configuraram suas respectivas áreas de abrangência (MOREIRA, 2021). A capacitação para os servidores foi prestada pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS),

em parceria com a Gerência de Educação em Saúde (GES) da Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP) da SES-DF (CANUTO, 2019).

O curso, com duração de 220 horas e abordagem teórica e prática executada com enfoque pedagógico limitado às metodologias tradicionais – à revelia de a FEPECS possuir sob seu organograma uma instituição de ensino superior dotada de expertise histórica em metodologias ativas de aprendizagem –, visou à qualificação do desenvolvimento da prática da ESF, envolvendo sua organização e seu funcionamento, as demandas de atendimento voltadas aos grupos populacionais e ao rastreamento e acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis, e o atendimento à demanda espontânea (CANUTO, 2019; LEAL, 2021; MOREIRA, 2021).

Tal processo educativo teve um enfoque muito mais tecnicista do que de fomento a uma nova concepção de Atenção Básica à Saúde, além de não fornecer continuidade por meio da educação permanente e continuada – inclusive responsabilizando os profissionais pelo matriciamento dos colegas (CANUTO, 2019). Isso intensificou a ineficácia já provocada pela promoção da capacitação fora do tempo oportuno – uma vez que se deu após o início das atividades das equipes e sem conclusão efetiva da territorialização – e pela exclusão dos NASF do matriciamento das equipes (MOREIRA, 2021).

Apenas no final de 2018 as equipes dos NASF-AB tiveram o processo de trabalho organizado no novo modelo, a partir das Portarias nº 489, que regulamenta os NASF na Atenção Básica à Saúde do DF, e nº 496, que disciplina o processo de transição dessas equipes. De maneira complementar, as normativas objetivaram o cuidado integral e multiprofissional a fim de aumentar a resolutividade da APS (CANUTO, 2019).

Esse processo de conformação e capacitação das equipes resultou na heteronomia entre as categorias profissionais, tanto no que diz respeito às opções pela permanência ou remanejamento dos servidores quanto no tocante à atribuição de título de especialista. Todos os profissionais componentes das equipes de transição que optaram por permanecer na APS receberam a mesma capacitação; contudo, apenas aos profissionais médicos foi ofertada conversão da especialidade, sendo conferido o título de especialista em Medicina de Família e Comunidade – a partir de um processo insuficiente de formação, vale enfatizar (MOREIRA, 2021). Enquanto isso, a categoria de enfermagem seguiu como generalista e, ainda hoje, passa pela instabilidade constante da ameaça de remoção das unidades básicas de saúde para que se dê preferência a profissionais titulados especialistas em Saúde da Família e Comunidade.

O resultado desse método equivocado de constituição e capacitação das equipes foi tanto

a evasão de mais da metade do efetivo médico da APS quanto o questionável envolvimento dos atores sociais e políticos no processo de conversão, expresso pela inclusão tardia dos servidores – responsáveis pela prática da mudança – na legitimação da proposta (MOREIRA, 2021). Isso é percebido na grande resistência dos servidores ao Converte, caracterizada pelo sentimento de não pertencimento ao processo e pela visão de verticalidade e autoritarismo manifestada pelos trabalhadores (MONTEIRO, 2021). O desfecho é a dificuldade na implementação da ESF como estratégia prioritária a partir das práticas profissionais. Por outro lado, o controle social, através do Conselho de Saúde do DF, foi relevante na viabilização da conversão, partindo do reconhecimento da necessidade e importância da reformulação da APS distrital (MONTEIRO, 2021).

Ademais, estudo de Canuto (2019) evidenciou que a formação dos profissionais que agora trabalham na ESF constitui desafios e riscos para a sustentabilidade do modelo, em razão da deficiência do perfil profissional no que tange à formação e, permanentemente, à capacitação. Entretanto, a mesma autora aponta a viabilidade da correção da qualificação profissional para a adequada atuação na ESF por meio de projetos que integrem o ensino, o serviço e a comunidade, em conformidade com as necessidades dos profissionais, no sentido de capacitá-los à dinâmica dos processos de trabalho no primeiro nível de atenção à saúde, à resolutividade característica da APS e à concepção de saúde enquanto recuperação da qualidade de vida em um sentido ampliado (CANUTO, 2019).

Paralelamente às questões político-institucionais e cotidianas do Converte, os resultados demonstram que, pouco mais de um ano após o início da conversão, o DF totalizava 549 equipes, das quais 322 eram cadastradas pelo MS (LEAL, 2021). Moreira (2021) demonstra que entre 2016 e 2018 houve uma redução do número de UBS na capital federal, raciocinando que isso pode ser resultado da desativação automática do CNES em razão da não atualização cadastral no sistema ministerial preconizado. Contudo, essa estagnação não se repete em relação às eSF, que obtiveram incremento quantitativo já durante a aplicação do programa, principalmente na Região Central.

Esses dados demonstram a coexistência de equipes em uma mesma unidade de saúde (MOREIRA, 2021), o que precisa levar a questionamentos tanto sobre a predominância da expansão das equipes na Região Central, em detrimento das regiões periféricas, quanto sobre a territorialização e distribuição das equipes em unidades básicas de saúde, relacionando-a com a cobertura populacional heterogênea quando comparadas as regiões de saúde do DF e o quantitativo substancial de população descoberta pela ESF. Para mais, verifica-se que, embora

tenha aumentado o número de eSF, o DF manteve o mesmo número de ACS. A ausência de aumento do número de ACS é contraditória à capacidade de alcance da resolutividade e da implantação territorial da APS e parte das equipes de transição, que já não previam o número de ACS por equipe e, portanto, não consideravam a necessidade do agente para a garantia de cobertura populacional – tendo em vista a relevância e o papel desse profissional na articulação da rede de saúde e do território adstrito (MOREIRA, 2021). Essa é uma problemática robusta, uma vez que a conversão não deve consistir apenas em estatística e em uma mudança *pro forma* da estrutura assistencial, mas na transformação na prática assistencial, na resposta às demandas da comunidade e, sobretudo, na modificação do modelo assistencial (MOREIRA, 2021).

Estudo realizado por Costa *et al.* em 2022 aponta que o DF conta, até então, com 593 eSF, sendo 173 as equipes incompletas e 420 as equipes completas. A ausência se refere ao profissional médico e/ou ao ACS. Em 2021, o DF chegou a 65% de cobertura populacional, com grande disparidade entre as regiões de saúde (LEAL, 2021). Vale salientar que a quantidade de equipes não reflete necessariamente em melhoria quantitativa e qualitativa da cobertura populacional, com a devida agregação de rede e resolutividade – já que isso depende, também, da disponibilidade dos demais pontos de atenção da RAS. Para mais, a fragilidade na composição das equipes pelo ACS subsidia o questionamento sobre o real aumento da cobertura, já que não era garantido o profissional responsável pelo cadastramento e pela vinculação entre unidade de saúde e território (MOREIRA, 2021).

O estabelecimento da ESF como estratégia unificada de execução da APS no DF ocorre com atraso de mais de 20 anos em relação ao estabelecimento da Saúde da Família como estratégia prioritária em âmbito nacional (LEAL, 2021). O histórico da formação da APS no Distrito Federal permite analisar, a partir das crises políticas e de sua relação direta com as iniciativas de implantação da Atenção Básica na capital federal, que não são os indicadores de saúde que pautam a APS na agenda local, mas sim as crises, a ação dos movimentos sociais ou dos órgãos de controle e a pressão exercida pelos marcos institucionais a nível nacional – com diferentes níveis de participação e expressividade (GÖTTEMS, 2010). Ao lado desses elementos também está a complexa expansão territorial do DF (GÖTTEMS, 2010).

São características da inserção da APS na agenda local a atuação de lideranças políticas, a mudança de diretrizes nacionais para a Atenção Básica, as crises políticas locais e as relações intergovernamentais com a garantia de interesses setoriais – sindical, de controle social, acadêmico e político (GÖTTEMS, 2010). Nesse processo, é um traço falho da política de APS local, historicamente, o protagonismo excessivo dos entes governamentais, em detrimento da

participação social, da academia, do meio científico e dos movimentos sociais (GÖTTEMS, 2010). A implantação da APS no DF seguiu a cartilha nacional, alinhada aos preceitos neoliberais, com favorecimento ao paralelismo em relação ao sistema público de saúde através das formas flexíveis de contratação, à terceirização de serviços e às parcerias público-privadas – o que conferiu à APS um caráter provisório e acessório, com frágil resolutividade e articulação com a rede de saúde (GÖTTEMS, 2010).

No SUS, a Atenção Básica vem sendo o meio principal de ampliação da oferta pública de serviços à população, notadamente à classe trabalhadora, bem como de criação de postos de trabalho (MOROSINI; FONSECA, 2017). Entretanto, diante do desmonte progressivo da face pública do Estado brasileiro e de suas instituições democráticas – as políticas públicas, de um modo geral, e o SUS, em particular –, a expansão da Atenção Básica tem sido acompanhada pela terceirização da força de trabalho e pela privatização da gestão das unidades de saúde, por meio de parcerias entre o setor público e o setor privado – expressão constante das pressões sofridas por esse nível de atenção para a conversão integral dos direitos sociais à lógica de mercado (MOROSINI; FONSECA, 2017).

3.3 A HISTÓRIA DA ENFERMAGEM E A CONSOLIDAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL NO BRASIL

O desenvolvimento da profissão precisa ser encarado como uma estrutura articulada com um dado modo de produção, a fim de que sejam apreendidas as contradições pertinentes ao nível desse campo específico: neste caso, a enfermagem (AROUCA, 2003). Como posto por Sérgio Arouca (2003, p. 87), “uma análise histórica de uma totalidade social é o estudo das sucessões descontinuadas dos diferentes modos de produção”.

A projeção da enfermagem brasileira acompanha a aquisição do caráter científico da profissão a partir da evolução de suas práticas com a enfermagem moderna, da qual herda a formação e traços importantes do perfil profissional. A prática social da enfermagem, em um primeiro elemento, diz respeito à constituição da enfermagem moderna, com base na divisão técnica e social do trabalho, isto é, na separação entre trabalho intelectual e manual e na reprodução sistemática do caráter hierárquico das relações entre classes sociais na profissão (MARTINS; DAVID, 2019). Um segundo elemento diz respeito ao desenvolvimento do saber da profissão, a partir da construção de técnicas e teorias científicas da enfermagem, pautado pela busca da autonomia da prática e da valorização do enfermeiro (MARTINS; DAVID, 2019).

A história da enfermagem passa a ser, assim, continente e conteúdo da história das ideias que a fundamentam, cujas especificidades estabelecem relação indissociável com a estrutura social que as gerou e que permitiu seu aparecimento (AROUCA, 2003).

Nessa senda, instituições internacionais desempenharam importante influência sobre o desenvolvimento da enfermagem brasileira. A instituição filantrópica norte-americana Fundação Rockefeller aplicou no Brasil a chamada “filantropia científica”, entendida como a destinação de recursos privados para a produção de conhecimento científico, o que, no plano mundial, resultou na concessão de bolsas de estudos para a ciência médica e a saúde pública (KORNDÖRFER, 2019).

No Brasil, a formação médica, de enfermagem em saúde pública e sanitária tem profunda influência da Fundação Rockefeller, a qual esteve presente na fundação de instituições como o Instituto de Higiene de São Paulo e a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), que aqui interessa particularmente (KORNDÖRFER, 2019). A EEAN foi fundada através do primeiro bolsista brasileiro selecionado pela Rockefeller: Carlos Chagas, que demandou a cooperação internacional para a formação de um serviço de enfermagem no país, conectado com o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), então por ele dirigido e ao qual, posteriormente, a EEAN ficou subordinada (KORNDÖRFER, 2019). Para isso, a Missão Parsons foi implantada, dirigida pela enfermeira norte-americana Ethel Parsons, a fim de avaliar as condições existentes para a organização da formação em Enfermagem e para o desenvolvimento da atuação da categoria na rede pública de saúde nacional (KORNDÖRFER, 2019), tudo baseado no modelo anglo-americano ou nightingaleano (XIMENES NETO *et al.*, 2020).

A Missão Parsons organizou uma série de ações de cuidado que se encontravam descontroladamente espalhadas pelo tecido social. Assim, em 1923 Chagas criou o Serviço de Enfermeiras, sob a direção de Parsons, assistida por outras sete enfermeiras norte-americanas (KORNDÖRFER, 2019). Quando o ensino de Enfermagem no Brasil foi regularizado pelo Decreto nº 20.109, em 1931, a EEAN – então Escola de Enfermeiras D. Anna Nery – foi considerada como escola-padrão oficial, precursora das demais instituições criadas por sua expansão, de forma vinculada à Fundação Rockefeller e com validação apenas mediante o reconhecimento do registro de enfermeira diplomada pelo DNSP (KORNDÖRFER, 2019).

O padrão – historicamente famoso como “padrão Anna Nery” –, fundamentado nos critérios da Fundação Rockefeller, formulou um perfil profissional para as enfermeiras brasileiras, uma vez que todas as bolsas de enfermagem foram concedidas a pessoas do sexo

feminino, com exigência de que fossem solteiras e brancas, com idade preferencialmente menor que 35 anos (KORNDÖRFER, 2019). Como critérios de seleção, adotavam-se alta qualificação profissional e científica, confiabilidade e qualidades de liderança, boa projeção e aparência, bem como diploma da Escola Normal – habilitação para o magistério –, triando-se social e culturalmente as candidatas à escola (KORNDÖRFER, 2019). Tal triagem visava à formação de uma “elite nativa”, com a intenção de, através de um recorte de classe, inserir estratos específicos da sociedade brasileira nos serviços de saúde, mantendo uma interlocução privilegiada com as líderes da enfermagem norte-americana a partir de uma formação consoante com os objetivos da Fundação Rockefeller (KORNDÖRFER, 2019).

Avaliar o perfil de formação da enfermagem brasileira implica a adoção de dois critérios: a consolidação de uma categoria profissional atrelada à reprodução social da vida e a estrutura educacional que serve de pano de fundo para a disputa política em torno da formação profissional e da política de saúde. Em primeiro lugar, ao trabalho de enfermagem é conferido o teor de um trabalho de reprodução social, qual seja, uma extensão do trabalho doméstico, não remunerado, considerando desde o recorte etário até a condição civil – associados à crença no instinto maternal de uma mulher em idade fértil, o qual, quando não canalizado na gestação e criação de seus próprios filhos, a capacita naturalmente para transferir esse cuidado a outras formas de execução, em uma expressão de “amor ao próximo”, como na atenção aos enfermos (KORNDÖRFER, 2019). Essa perspectiva ainda excluía as mulheres mães, consideradas inaptas ao exercício da enfermagem em razão da incompatibilidade de horários entre prática profissional e trabalho doméstico (KORNDÖRFER, 2019). Compreendia-se, assim, a enfermagem como uma área de trabalho adequada ao gênero feminino, com uma interlocução abrangente entre o que se entendia como mundo feminino e o mundo do trabalho (KORNDÖRFER, 2019).

Esse contexto possui uma importante contradição, que evidencia o impacto do racismo estrutural sobre a categoria profissional em debate: enquanto a enfermagem se desenvolvia, mundialmente a luta organizada das mulheres se concentrava em uma onda dedicada ao êxodo de mulheres brancas e de classe média do ambiente doméstico para o laboral – uma vez que negras e pobres já executavam atividades de trabalho para além do ambiente doméstico, motivadas pela necessidade de subsistência imposta pelas opressões de classe decorrentes da exploração do trabalho. São, portanto, inúmeros os estereótipos que atravessam a formação da identidade da enfermagem como um reflexo do histórico da profissão: a perspectiva de gênero; o exercício dos cuidados de enfermagem por pessoas de diferentes níveis de escolaridade em

decorrência da divisão técnica e social do trabalho específica da categoria; e, também, elementos de opressão de gênero, raça e classe que estruturaram seu caráter científico, bem como o modelo de saúde secular médico-centrado (RIBEIRO *et al.*, 2021).

A formação desse perfil profissional e seus desdobramentos se estendem até a atualidade. O recorte de seleção para a capacitação em enfermagem restrito a mulheres brancas e ricas deixou de fora da oportunidade de qualificação profissional formal as mulheres que já executavam atividades laborais fora do domicílio – o que se vê no perfil profissional atual. Embora mais de 80% da enfermagem brasileira seja composta por mulheres e mais de 50% sejam de pessoas negras, a presença destas se concentra, sobretudo, no nível técnico, de modo que o ensino superior ainda é majoritariamente ocupado por pessoas brancas (MACHADO, 2017).

A influência do racismo, do elitismo e das opressões de gênero sobre a enfermagem faz parte de um perfil profissional controverso, que, a partir da cientificidade, consolidou-se como referência no cuidado, sobretudo em saúde pública. Na Atenção Básica à Saúde, a notoriedade da enfermagem é evidente, com uma progressiva conquista de espaço social e reconhecimento tanto pelos integrantes da equipe de saúde quanto pelos usuários (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

Em segundo lugar, a avaliação do perfil educacional implica a compreensão de que o investimento da Fundação Rockefeller, através de um padrão de ensino, abrange a consolidação da enfermagem como ciência no Brasil. Assim, deve-se compreender o trabalho de delimitação ideológica no interior do discurso científico, tendo esse discurso uma função social na reprodução de determinado sistema. É dessa forma que as classes dominantes formam seus intelectuais e produzem seus discursos orgânicos (AROUCA, 2003).

Os intelectuais são responsáveis pela organicidade de determinado modo de produção, o qual representa um grupo social predominante e produz enunciados articulados em um discurso, sendo o ato de formulação conteúdo de seu trabalho em um conjunto de relações técnicas e sociais. Portanto, a articulação do intelectual com a estrutura social parte de um lugar nessa estrutura, em um imbricamento prático: o trabalho, que está intrinsecamente ligado ao modo de produção (AROUCA, 2003).

O trabalho se torna, então, um ponto de contato entre o conhecimento científico e a realidade, na modalidade de uma intervenção, que expressa uma visão de mundo e materializa a relação entre a ciência e a ideologia – que não é de ruptura, mas de articulação: é a partir da ideologia que um elemento científico se torna objeto do saber, o que no caso da enfermagem é

o cuidado (AROUCA, 2003).

A educação é um instrumento de reprodução das relações sociais. Para garantir a perpetuação do domínio de determinada classe, ela opera transformando desigualdades sociais em desigualdades naturais, dons, de modo a legitimar privilégios culturais transmitidos ou socialmente herdados. Dessa forma, as classes privilegiadas utilizam o sistema educacional para sua afirmação hegemônica (AROUCA, 2003).

Sergio Arouca (2003) elabora sobre isso sob o prisma de Bourdieu e Passeron, formulando que o fundamento do poder são as relações de força entre os grupos sociais em uma dada formação social, sendo a educação uma forma de imposição da ideologia dominante, ao romper com as concepções de uma educação espontânea e emancipadora e selecionar o conteúdo ministrado a partir do filtro de um grupo ou de uma classe social (AROUCA, 2003). Portanto, as ações pedagógicas cumprem a função de reproduzir arbítrios culturais de determinada formação social, reproduzindo então relações sociais de força que colocaram esses arbítrios em posição dominante (AROUCA, 2003).

Quando é institucionalizada por alguma entidade, a ação pedagógica, ou o ensino, lança mão de recursos para a autorreprodução da instituição, a fim de que tanto as relações sociais existentes quanto os valores institucionais sejam mantidos e reproduzidos (AROUCA, 2003). As instituições assumem, assim, o papel de organizadoras de um discurso e da fundamentação de uma prática, refletindo no lugar institucional de onde o sujeito em formação questiona, aprende e subsidia sua prática. O sentido dessa ação organizadora é o de atribuir organicidade, ou seja, a reprodução sistemática de um modo de produção baseado nos valores dominantes (AROUCA, 2003). Quando se associa a formação de intelectuais à ação de organicidade, o produto é a execução, por parte do indivíduo formado através daquela instituição, da homogeneidade e consciência de um grupo social e seus projetos, análises e propostas nos campos econômico, social e político (AROUCA, 2003). O intelectual passa a ser, então, criado de maneira orgânica por determinado grupo social, consolidando que nenhum discurso circula livremente e tampouco a formação em Enfermagem é neutra, mas emerge de dada formação social pertencente a um modo de produção (AROUCA, 2003).

Sendo o discurso gerado em países centrais do modo de produção capitalista – como, no caso da influência da Fundação Rockefeller, nasceu no seio das disputas protagonizadas pelos Estados Unidos –, os intelectuais formados por esses espaços passarão a ser os seus sujeitos nos países periféricos – o que propicia um corpo sistematizado de influência real no país dependente, sobretudo em funções legitimadas relacionadas à construção dos sistemas de saúde locais (AROUCA, 2003). Isso tanto é verdade que as bolsistas da Fundação Rockefeller

atuaram em posições estratégicas em agências de saúde oficiais, cargos de docência em instituições de formação e associações profissionais de relevância – como a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), entidade de classe responsável pela elaboração pedagógica, cultural e política da profissão, pensando o currículo da graduação, a educação continuada e permanente e os padrões socioculturais da categoria (KORNDÖRFER, 2019).

A grande problemática desse cenário é que a construção ideológica, teórica e prática que tem como alvo a influência sobre os países periféricos desconsidera a atuação profissional, neste caso na área da saúde, relacionada ao desenvolvimento das forças produtivas nos próprios países periféricos, bem como ignora as relações sociais que envolvem o trabalho de enfermagem e sua organização social. A mudança do panorama só é possível a partir de transformações ocorridas nas próprias relações sociais que fundamentam essas práticas (AROUCA, 2003).

3.4 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O desenvolvimento da saúde pública e da enfermagem brasileiras está imbricado, um caminho que resultou na importante atuação dessa categoria profissional na Atenção Básica à Saúde, sobretudo através da ESF (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Parte disso se deve às concomitâncias envolvidas no desenvolvimento da Atenção Básica, da ESF e da enfermagem, a exemplo do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), que permitiu a ampliação da disponibilidade de técnicos de enfermagem no país, os quais hoje superam a relação médico/habitante (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Hoje, a proporção de enfermeiros/habitante corresponde a 101 profissionais para 10 mil pessoas, acima da média mundial de 32 enfermeiros para 10 mil habitantes (OMS, 2020). Apesar das adversidades e contradições da conjuntura política, a relevância do enfermeiro para a reorientação do modelo de atenção à saúde pela ESF se dá principalmente pela coordenação do cuidado coletivo e individual em uma perspectiva integral, no âmbito do trabalho em equipe (MARTINS; DAVID, 2019).

Enquanto estratégia prioritária, a ESF propõe a reorientação do modelo assistencial, modificando a forma de atuação dos profissionais e delimitando responsabilidades para a gestão e para a população (BRASIL, 1997 *apud* LEAL, 2021). Os objetivos específicos previstos envolvem a assistência integral e contínua, com resolutividade e qualidade, de maneira humanizada e intersetorial, a fim de estabelecer vínculo entre profissionais e população, de

acordo com a realidade local (LEAL, 2021):

Essencialmente, o ideário da ESF remonta a um mecanismo de ruptura em relação à passividade e às ações pontuais exercidas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A ESF entende o indivíduo como singular e leva em consideração um contexto amplo em que o mesmo está inserido, sendo este a família e a comunidade. (MONTEIRO, 2021, p. 17)

As práticas de enfermagem no âmbito da Atenção Básica à Saúde, executadas no contexto da ESF, precisam ser estudadas a fim de se compreenderem e avaliarem os processos de trabalho, para propor novas modelagens de atenção, amparadas pelos princípios do SUS e em contraponto ao modelo de saúde vigente (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). O processo de trabalho é composto pelo objeto – matéria-prima a ser transformada, o homem e o coletivo em sua condição de saúde –, pelos instrumentos e meios – ferramentas utilizadas no trabalho, inclusive os conhecimentos empregados na transformação das necessidades de saúde – e pela finalidade do trabalho – o que se espera como resultado da intervenção, expectativa esta variável de acordo com as concepções sobre o processo saúde-doença e sobre o cuidado em saúde (HILDEBRAND, 2008). Os meios e os instrumentos são definidos a partir da caracterização do objeto e da definição da finalidade, subsidiando uma intervenção efetiva (HILDEBRAND, 2008).

A enfermagem executa suas práticas tendo o cuidado como objeto de trabalho, que assume quatro dimensões: o cuidado direto desde a concepção até a morte; a educação permanente e continuada da equipe e a educação em saúde dos usuários; a administração e o gerenciamento dos serviços, por meio da organização do trabalho e da coordenação/administração da instituição; e a atuação científica, que produz conhecimento necessário para a qualificação da práxis por meio da investigação e da pesquisa (MENDES *et al.*, 2021). Para a atenção à saúde da família e comunidade, o objeto de trabalho é a família e suas necessidades de saúde, sob abordagem interdisciplinar, multiprofissional e transdisciplinar aliada a uma prática social (HILDEBRAND, 2008).

A família é uma unidade social, considerada uma instituição histórica e culturalmente constituída, de composição diversa e com construção permeada pela estrutura social e de classes, cuja definição parte do envolvimento emocional e da vivência em proximidade geográfica (HILDEBRAND, 2008). A concepção teórica sobre esse objeto de trabalho define o modelo tecnológico de trabalho executado pelos agentes ativos na prática de cuidado – uma prática social –, pois se trata de um espaço privilegiado de desenvolvimento, crise e resolução do processo saúde-doença (HILDEBRAND, 2008). Vale salientar que, ao fim do processo de trabalho, não

apenas o produto correspondente à necessidade de saúde é resultado dele, mas também o portador da necessidade, envolvido no objeto de trabalho (HILDEBRAND, 2008).

A enfermagem desenvolve suas práticas fundamentada em conhecimentos técnico-científicos ancorados em valores éticos, humanitários e de cidadania, cujo intuito é a construção de novas formas de agir e produzir cuidado com resolutividade (DIAS *et al.*, 2018), apontando para a discussão acerca do papel do profissional enfermeiro em relação ao cuidado enquanto eixo estruturante de uma prática de transformação social (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018).

As funções do enfermeiro compreendem a assistência de enfermagem, mas não se restringem a ela, pois sua visão deve estar além do processo saúde-doença, compreendendo o indivíduo em relação ao meio e sua interação com os determinantes sociais de saúde (SILVA; SANTOS; AFONSO, 2018). Não valorizar o contexto sócio-histórico e suas repercussões na saúde reproduz práticas incoerentes com uma avaliação assertiva do processo saúde-doença, que é socialmente determinado como uma resposta das classes sociais conforme sua inserção do modo de produção (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018).

Para que os usuários das UBS tenham garantido um cuidado íntegro, completo e verdadeiro, o enfermeiro deve ser próximo dos pacientes e executar em suas práticas uma postura de acolhimento, com proximidade ao paciente durante as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, em uma atuação em equipe (SILVA; SANTOS; AFONSO, 2018).

Desse modo, sendo agente central da Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro deve articular a equipe para que, atuando no espaço familiar – já que é a família o objeto de trabalho do setor –, saiba reconhecer a inserção social, as relações estabelecidas na dinâmica e nas etapas do desenvolvimento familiar, as necessidades da família e as intervenções que podem ser realizadas em termos de ações de saúde (HILDEBRAND, 2008). Para isso, são necessárias mediações e pactuações entre os profissionais sobre a finalidade da atenção à saúde familiar, garantindo que os meios e os instrumentos do processo de trabalho realmente atendam às necessidades e construindo uma organização tecnológica do trabalho responsável com o contexto do território (HILDEBRAND, 2008).

O cuidado à família na Atenção Básica pode partir de algumas abordagens: I) família/indivíduo, com o foco da atenção no indivíduo, fugindo da família como objeto do trabalho; II) família/domicílio, com foco no ambiente e na infraestrutura material da família, enfatizando o ambiente físico; III) família/indivíduo/domicílio, que observa a presença de um indivíduo que requer cuidados no domicílio; IV) família/comunidade, com abordagem coletiva sobre processos saúde-doença universalizados; V) família/risco social, observando famílias em

situação de comprometimento social decorrente de exclusão e condições materiais adversas de subsistência, suscetíveis a políticas de proteção; VI) família/família, atenta à identidade, aos valores, aos símbolos, aos aspectos do desenvolvimento humano e à socialização de uma unidade contextual e histórica (HILDEBRAND, 2008).

Nessa senda, as práticas de enfermagem na Atenção Básica compreendem práticas educativas, assistenciais e administrativas; nestas estão envolvidos gerenciamento, supervisão, planejamento, organização, acompanhamento e avaliação de ações correspondentes às necessidades de saúde da população (DIAS *et al.*, 2018). São ações como: monitoramento das condições individuais e coletivas de saúde; levantamento e monitoramento dos problemas comunitários de saúde, com foco no risco e na vulnerabilidade; busca pela ampliação da autonomia dos sujeitos pelo uso de instrumentos dialógicos e emancipatórios que subsidiem a habilidade comunicativa; e coordenação da assistência e da equipe, garantindo organização, capacitação e orientações ao usuário e à equipe (SILVA; SANTOS; AFONSO, 2018). Ademais, são precípuas as atividades de Consulta de Enfermagem (CE), educação em saúde e visita domiciliar, pois reforçam a autonomia da enfermeira e a influenciam na relação com o indivíduo, a família e a comunidade, culminando na formação da imagem percebida pelos usuários sobre a atuação da enfermagem na ESF (RIBEIRO *et al.*, 2021).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê como atribuições específicas do enfermeiro nesse âmbito da atenção as seguintes práticas: fornecer atenção à saúde do indivíduo e das famílias adscritas, seja na UBS, no domicílio ou em espaços da comunidade em todos os ciclos de vida; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitação de exames e prescrição de medicamentos conforme protocolos e outras normativas técnicas de acordo com as disposições legais da profissão; realizar ou supervisionar o acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco de acordo com os protocolos estabelecidos; estratificar o risco e elaborar plano de cuidados para portadores de doenças crônicas do território adstrito; realizar atividades coletivas e encaminhar os usuários a outros serviços quando necessário, de acordo com o fluxo da rede local; planejar, gerenciar e avaliar as atividades de técnicos/auxiliares de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE), supervisionando as ações desses profissionais; implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos pertinentes à sua área de competência na UBS; exercer outras atribuições de responsabilidade na sua área de atuação, em conformidade com a legislação profissional (BRASIL, 2017).

Essa ampla normatização técnica e legal das práticas de enfermagem fomenta uma

execução profissional extremamente ancorada em protocolos e manuais técnicos, de forma individualizada, pouco participativa e com baixa repercussão na transformação da realidade (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018). O caráter burocrático das normatizações disciplina o trabalhador e limita sua capacidade criativa, voltando sua potencialidade à lógica de produção que captura o trabalho vivo pelo morto. Contudo, o trabalho vivo é pulsante no indivíduo que atua com base na transformação com sentido no trabalho, traçando linhas de fuga que podem expressar a capacidade criativa dos agentes (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Dessa forma, é um desafio para a enfermagem utilizar suas práticas de cuidado com vistas à defesa do direito à saúde e à transformação na rede de atenção à saúde, o que pode resultar, também, na valorização da própria profissão (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018), munida do pensamento crítico enquanto uma competência profissional que perpassa as práticas da categoria desde a graduação até o exercício do trabalho, pois o agir e o pensar críticos contribuem para a substituição do caráter meramente técnico e biologicista do cuidar por uma abordagem integral que compreende a saúde como direito (DIAS *et al.*, 2018).

Assim, há dimensões no papel do enfermeiro na saúde da família e comunidade que precisam ser enfatizadas: primeiro, a apreensão da determinação social do processo saúde-doença; depois, a prática científica voltada ao cuidado fundamentado na perspectiva social, política, ética e subjetiva do processo saúde-doença, apreendida a partir do território e da coletividade (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018). Isso favorece sistematizar a captação e interpretação da realidade da saúde coletiva de maneira dinâmica e dialética – de modo a complementar e, ao mesmo tempo, contrapor e aprimorar os protocolos e manuais técnicos focados na doença, que não refletem com crítica e sistematização o cuidado de enfermagem na sociedade (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018).

A restrição das práticas em saúde, sobretudo de enfermagem, aos programas de saúde reproduz o sistema de saúde vigente e suas fragilidades, ao passo que limita o reconhecimento das necessidades de saúde da população como força social para a produção de práticas inovadoras (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018). É necessário que um reordenamento teórico-prático baseado na abordagem social e política, com participação da população, faça parte da organização das práticas de enfermagem em sua relação com os sistemas de saúde, visando ao fortalecimento dos grupos cuidados pela categoria na Atenção Básica por meio de suas reivindicações sociais (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018).

Para isso, evidencia-se a relevância de assegurar condições de trabalho à categoria de enfermagem, favorecendo uma prática profissional que contraponha a fragmentação, o

biologicismo e a desconexão das singularidades do usuário, o que esvazia o potencial de atuação do enfermeiro na ESF (DIAS *et al.*, 2018). Os desafios que permeiam o processo de trabalho da enfermagem na ESF geram desgaste, adoecimento e insatisfação, caracterizados pelo acúmulo de atividades, condições deficitárias de trabalho, fragilidade no planejamento das atividades e complexidade das necessidades dos usuários (MENDES *et al.*, 2021).

A fundamentação sociopolítica e crítica, aliada às condições adequadas de trabalho, promovem a consolidação do enfermeiro como agente político. Aproveitando-se de sua atuação enquanto coordenador do cuidado, o enfermeiro tem potencialidade para influenciar o modelo de atenção, convertendo a lógica do adoecimento em uma perspectiva social, com força de resistência e luta na defesa do direito à saúde (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018).

Tendo em vista a autonomia da enfermagem na atuação em Atenção Básica e a centralidade da enfermeira na composição das equipes desse nível de atenção, estando incluída em todas as modalidades de equipe previstas pela PNAB, o reconhecimento social é elemento premente de avaliação da importância da enfermagem na saúde pública brasileira (RIBEIRO *et al.*, 2021). Uma profissão reconhecida é aquela que possui organização categórica própria, objeto de trabalho definido e escopo teórico-científico próprio – critérios atendidos pela enfermagem em Atenção Básica (RIBEIRO *et al.*, 2021). Para que o reconhecimento se consolide, é necessário desmistificar o passado da profissão no imaginário social e promover o conhecimento dos usuários do serviço sobre o exercício da enfermagem e suas práticas na Atenção Básica à Saúde, o que pode refletir em credibilidade, segurança e satisfação (RIBEIRO *et al.*, 2021).

3.5 MUNDO DO TRABALHO E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

O trabalho impõe sua importância não apenas como conceito, mas como categoria analítica atrelada a um processo de produção, a partir da compreensão de que, adotando-se a história como elemento central da episteme moderna, o objeto de conhecimento protagonista é o homem. Assim, da mesma maneira que o homem substituiu o protagonismo da ordem na história, a economia substituiu o das riquezas, estabelecendo o processo de produção, em vez da moeda, como o conceito fundamental em análise (AROUCA, 2003):

Modo de produção: uma estrutura global dinâmica, composta por três estruturas regionais: econômica, ideológica e jurídico-política. Cada uma dessas estruturas possui uma existência relativamente autônoma e suas próprias leis de funcionamento e desenvolvimento, estando, porém, determinadas, em última instância, pelo

econômico. (AROUCA, 2003, p. 89)

A noção de trabalho, dentro de dado modo de produção, é – sob a ótica do materialismo histórico – decorrente das necessidades humanas, que exigem a transformação de um objeto em outro, para a qual é gasto um trabalho humano (AROUCA, 2003). Para que ocorra o trabalho, é necessário um processo, ou seja, uma sucessão de ações submetidas a relações. Portanto, um sujeito social que executa ações de transformação sob o signo das relações executa aquilo que o constitui enquanto próprio sujeito: o trabalho (AROUCA, 2003).

O trabalho, por sua vez, é avaliado considerando-se, também, a sua localização na divisão social de sua execução, bem como na estrutura social no qual está inserido – a qual é suportada por uma ideologia de classe (AROUCA, 2003). Dessa maneira, o estudo histórico do trabalho considera o que se faz (o produto do trabalho, convertido em mercadoria) e como se faz (relações técnicas e sociais que contextualizam o trabalho) (AROUCA, 2003). Dependendo do campo em que se situa essa análise, um desses componentes será preponderante; caso o primeiro seja privilegiado, subtrai-se da análise a essência do objeto: o próprio trabalho (AROUCA, 2003).

No âmbito da enfermagem, o trabalho precisa ser avaliado de acordo com o sentido que assume enquanto prática social; para tal, lança-se luz sobre seu objeto de trabalho: o cuidado. É daqui que se desdobra toda a avaliação da influência que o mundo do trabalho, em geral, tem sobre a prática de enfermagem. De antemão, a enfermagem executa uma prática técnica – ou seja, produz algo a partir de instrumentos, considerando uma estrutura teleológica externa, que visa a satisfazer uma necessidade definida para além da própria técnica, uma demanda social que determina novas demandas sociais (AROUCA, 2003).

Em segundo lugar, a prática de enfermagem também é teórica, pois transforma um produto ideológico em conhecimento teórico por meio de um trabalho conceitual, tendo em vista que a enfermagem moderna é inexoravelmente científica (AROUCA, 2003). Em terceiro lugar, a enfermagem é uma prática social, pois executa um complexo conjunto de ações contextualizadas em um todo social (AROUCA, 2003). Por último, a prática de enfermagem é, também e sobretudo, política, pois reformula a demanda social e transforma as relações sociais através do cuidado, relações estas produzidas por meio de instrumentos políticos. A transmutação dessas relações parte da representação da sociedade de classes, construída por uma mediação conceitual classista (AROUCA, 2003).

Essa prática técnica, teórica e política não está isenta da regulação pelas leis de divisão do trabalho, às quais a enfermagem e as pessoas por ela cuidadas estão submetidas em uma

relação de troca: a pessoa que usufrui do trabalho da enfermagem recebe o cuidado como forma instrumental do conhecimento adquirido pela enfermagem. Dessa forma, o cuidado se constitui enquanto processo de trabalho e enquanto produto dele (AROUCA, 2003). Para se contextualizar o cuidado nesse cenário de trabalho, é necessário estabelecer sua relação com o processo produtivo, o sentido de mercadoria e o signo do valor social ao qual está atrelado.

Considerando-se o modo de produção capitalista, trabalho produtivo é aquele que gera diretamente mais-valia, ou seja, valoriza o capital (AROUCA, 2003). No capitalismo, o valor de uma mercadoria é determinado pela quantidade de trabalho humano empenhado em sua produção, logo o valor final corresponde à soma de todo o processo produtivo (AROUCA, 2003). A essência da produção é transformar, assim, a força de trabalho em mercadoria, considerando o tempo de trabalho necessário à produção e reprodução. Fora dessa conta fica o valor atribuído ao próprio trabalhador, entendido como um devedor que precisa adiantar um pagamento ao Estado, uma vez que a formação da sua força de trabalho se deve ao investimento deste (AROUCA, 2003). Antes de ser útil para o capitalismo, a força de trabalho é valor de troca para seu proprietário: o trabalhador (AROUCA, 2003).

Fatores que podem influenciar a relação entre trabalho e valor da força de trabalho são: variações influenciadas pelo aumento da produtividade – que depende de processos administrativos, inovações tecnológicas etc. –; força política dos trabalhadores; excedente econômico; e repartição do capital variável entre os diferentes estratos dos trabalhadores, segundo a sua qualificação (AROUCA, 2003). Dessa forma, aquela proposição sobre o fato de a quantidade de trabalho humano empenhado determinar o valor da mercadoria se relaciona com o custo das necessidades do trabalhador – quer consuma, quer não os gastos mínimos vitais, como alimentação, moradia e outras necessidades básicas (AROUCA, 2003). Ou seja, a exploração da força de trabalho cobra do prestador os custos de sua produção, ainda que não garanta a ele o usufruto das necessidades mínimas, o que está diretamente relacionado ao cuidado em saúde (AROUCA, 2003).

As necessidades humanas no capitalismo são satisfeitas e criadas através da conversão de elementos como o lazer, a saúde e outras questões básicas em mercadoria – o que pressupõe a organização da produção desses elementos dentro da racionalidade do capital (AROUCA, 2003). Esse sistema cria necessidades que podem ser classificadas em dois grupos: primeiro, aquelas que permitem a realização da mais-valia, ou seja, constituem consumo para a manutenção sistemática; segundo, as necessidades decorrentes da própria execução disfuncional do sistema, como as doenças, os problemas ocupacionais e a violência (AROUCA,

2003). Contudo, a sociedade capitalista é incapaz de satisfazer as necessidades que cria, uma vez que o desenvolvimento tecnológico e científico de certos setores tem impacto minoritário na solução de problemas e na satisfação de necessidades – a grande contradição da superexploração capitalista sobre a vida como meio de produção (AROUCA, 2003).

Isso leva à compreensão, portanto, de que o cerne dessa contradição não é tecnológico ou científico, mas acha seu substrato na divisão da sociedade em classes, cuja apropriação e distribuição dos recursos passíveis de resolutividade aos problemas impostos é desigualmente realizada (AROUCA, 2003). Considerando-se que, quando uma atividade passa a ser visada pelo capital, também fica submetida às suas leis, a transformação da saúde em processo produtivo que assume valor de troca tem repercussão sobre o signo do cuidado (AROUCA, 2003).

O trabalho em saúde é considerado, sob a égide capitalista, como mais um trabalho realizado, submetido às determinações políticas, econômicas e sociais. Assim, os trabalhadores da saúde são considerados como força de trabalho na produção sanitária, logo são produtores e reprodutores de serviços e ações de saúde distribuídos e consumidos, reproduzindo o capital. Retomando-se a relação entre produção e necessidades, a produção de serviços de saúde também reproduz as necessidades de seu consumo e distribuição (HILDEBRAND, 2008).

O cuidado consiste em um processo de trabalho integrado por um componente técnico – conhecimentos corporificados em instrumentos e condutas – e um componente social, ou seja, engloba relações sociais específicas que interagem com as necessidades impostas pela experiência histórica dos sujeitos dentro de um modo de produção determinado (AROUCA, 2003). Além desses componentes, o cuidado também abrange as características de ser um processo de trabalho interventor sobre os valores vitais (biopsicossociais) e de atender a necessidades humanas às quais, também, é atribuído um valor (AROUCA, 2003). O elemento balizador, portanto, da compreensão do cuidado enquanto trabalho é o fato de que o próprio trabalho, não o seu produto, é consumido:

[...] em outras palavras, o resultado do cuidado é a intervenção (normativa ou transformadora) sobre valores vitais cujo consumo é realizado na própria vida, no seu uso e no consumo da força de trabalho no processo produtivo, sendo, portanto, consumido no cuidado o trabalho de seus agentes e seus instrumentos e não o seu resultado. (AROUCA, 2003, p. 221)

Os componentes técnico e social do cuidado como trabalho fazem desse elemento tanto um produto das necessidades sociais quanto produtor delas em sua relação com o modo de produção (AROUCA, 2003). É o modo de produção que marca uma formação social,

representando uma totalidade histórica. Portanto, as necessidades produzidas pelo sistema refletem a composição social e política da época, da etapa histórica, da situação correspondente e da conjuntura em que se encontram o contexto sociopolítico e, assim, o do trabalho (AROUCA, 2003). O trabalho em saúde também se caracteriza por sua divisão técnica e social, envolvendo diferentes trabalhadores e suas distintas formações, saberes, salários, condições de trabalho, *status* social e poder (HILDEBRAND, 2008). Nessa fragmentação, a divisão técnica é feita pelas habilidades manual e intelectual, ao passo que a divisão social é feita pela valorização monetária, que reproduz relações de dominação entre profissionais socialmente mais privilegiados por razões diversas e, também, entre o profissional e o usuário do serviço de saúde (HILDEBRAND, 2008). Tal fracionamento constitui o modelo de trabalho burocrático em saúde, quando os trabalhadores perdem o controle sobre o processo de produção em razão da fragmentação, da especialização e da impessoalidade (HILDEBRAND, 2008).

O cuidado também é marcado por uma produção subjetiva, principalmente quando encarado como processo de trabalho, caracterizado por constante desconstrução e construção balizadas pelo saber e pela percepção da vida e do indivíduo sobre si mesmo, em um fluxo contínuo entre os sujeitos que constroem a realidade social (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). Na saúde, essa subjetividade constitui as redes de atenção e a relação entre trabalhadores e usuários em um fluxo comprometido com a integralidade do cuidado (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Ao se considerar toda essa complexidade de constituição do cuidado, entende-se que as margens entre os valores vital e social estabelecem limites para as possibilidades de intervenção do cuidado, uma vez que o modo de produção e o sentido de classe da divisão do trabalho predizem quais desses valores serão tomados, prioritariamente, enquanto objeto de cuidado (AROUCA, 2003). Isso quer dizer que o cuidado atua sobre a recuperação da saúde, com vistas à manutenção da força de trabalho, e sobre as próprias condições de trabalho e as consequências do uso do homem como mercadoria, as quais passam a ser determinantes sociais das doenças – precarização do trabalho, sobrecarga laboral, debilidades ergonômicas, superexploração, falta de lazer, entre outros (AROUCA, 2003). Dessa forma, no capitalismo, o cuidado passa a ser não somente regulador da força de trabalho, mas atenuador das tensões produzidas pela desigualdade social (AROUCA, 2003).

Para que, finalmente, consolide-se a discussão aberta sobre a relação entre o cuidado e o trabalho enquanto prática social, é necessário compreender que a execução do cuidado não se limita à resolução das necessidades de valor vital (biopsicossociais), nem ao estabelecimento

da normalidade, mas seu ponto central está na sobrevivência – a qual depende da dinâmica social e do tempo histórico (AROUCA, 2003). É indispensável entender a maneira como o cuidado se articula com a produção capitalista sob o ponto de vista da criação de valor, o que implica a avaliação da função do cuidado para as diferentes classes sociais, e, portanto, da repercussão de seus efeitos nas relações capitalistas (AROUCA, 2003).

As relações que perpassam a produção e, portanto, o trabalho são operadas por um mecanismo ideológico que situa as contradições do processo produtivo como apartadas dele mesmo e atribuídas apenas às ditas questões sociais, as quais seriam solucionadas pelo próprio desenvolvimento capitalista, na busca pelo aprimoramento de ferramentas de solução que, na verdade, apenas aprofundam os problemas existentes e criam novos problemas – já que o capitalismo não é capaz de solucionar as necessidades que cria (AROUCA, 2003).

Assim, o conflito entre as classes sociais é imposto como natural sob essa perspectiva ideológica e, consecutivamente, a desigualdade é subtraída. Visando ao equilíbrio desse contexto de constante crise, os aparelhos de Estado suprimem a contextualização formada pela lógica de produção como causa dos problemas e ofertam serviços para sua mitigação, forçando a compreensão de serviços como a saúde e a educação enquanto bens sociais, e não mecanismos de reprodução das relações e características da força de trabalho e do modo produtivo (AROUCA, 2003).

A repercussão prática desse ciclo é a manutenção das desigualdades, já que alguém impactado pelas desigualdades sociais e submetido a uma situação de miséria fica com sua força de trabalho comprometida, tendo como resultado a pobreza, que repercute na ausência da satisfação de necessidades básicas – como a alimentação, a vestimenta, a saúde –, o que por sua vez resulta na falta de força de trabalho: um ciclo. Quando esse contexto se generaliza, concretiza-se o que é proposto por Winslow como Ciclo Econômico da Saúde e da Doença: “um país é pobre porque é pobre” – o que expõe a relação entre a saúde e a manutenção do *status quo* capitalista para a promoção permanente do subdesenvolvimento (AROUCA, 2003).

Para o proletariado, a classe social que vende apenas a sua força de trabalho, o cuidado significa a produção dessa força de trabalho – pelos serviços materno-infantis que atuam no cuidado ao parto e nascimento – e a manutenção do valor de troca dessa força de trabalho a partir da manutenção e recuperação dos valores vitais – logo, o resultado do cuidado para a classe trabalhadora é transformado em valor de troca, visando à sobrevivência (AROUCA, 2003).

Para as classes hegemônicas – a burguesia, que detém os meios de produção –, o resultado do cuidado é valor de uso e aptidão à extração de mais-valia: mantendo o trabalhador

em boas condições de saúde, o trabalho de cuidado permite a existência da força de trabalho a ser comprada, bem como torna possível a realização de jornadas extraordinárias de trabalho (AROUCA, 2003). Em suma, a saúde é considerada um atributo da força de trabalho como mercadoria, mas seu efeito não é aumento de valor, mas sim aumento de exploração (AROUCA, 2003).

Quando mantém a força de trabalho, incorporando-se ao trabalho coletivo, e contribui para o aumento dos fatores de influência dessa mercadoria, o trabalho de cuidado é produtivo. Parte do seu custo é paga pelo trabalhador e outra parte é incorporada ao custo do produto – a força de trabalho – e socializada. Dessa forma, selecionando, mantendo e recuperando a força de trabalho para aumentar a sua produtividade e diminuir os riscos aos quais ela está submetida, o trabalho de cuidado participa da organização do processo produtivo (AROUCA, 2003).

Assim, o cuidado atua em dois valores de uso: um que cria a mais-valia e outro que permite a apropriação dela, atuando na reprodução do capital (AROUCA, 2003). Os valores de uso implicados no trabalho em saúde estão relacionados, também, à especificidade desse tipo de trabalho: seu produto se dá no momento de sua realização, fazendo com que produção e consumo sejam simultâneos na relação direta entre profissional de saúde e usuário do serviço, não sendo passível de armazenamento (HILDEBRAND, 2008). Todo esse contexto de impacto do cuidado enquanto prática de trabalho no processo produtivo implica que esse trabalho seja racionalizado no contexto da produção, ou seja, o trabalhador que exerce o cuidado como ofício é, também, trabalhador, produzindo e transferindo mais-valia (AROUCA, 2003).

Dessa forma, as práticas de enfermagem, sob a ótica do materialismo histórico-dialético, estão contextualizadas histórica e socialmente na síntese de múltiplas determinações socioeconômicas e políticas, de acordo com a dinâmica de produção e reprodução do capital (MARTINS; DAVID, 2019). O trabalho da enfermagem é resultado desses complexos processos sociais e manifesta a disputa de diferentes concepções, modelos de atenção e cuidados de saúde, de acordo com a conjuntura histórica (MARTINS; DAVID, 2019). Ainda que seja a maior força de trabalho na saúde, a invisibilidade social é marca histórica na categoria de enfermagem, sendo uma das causas do baixo reconhecimento social e da necessidade de valorização e fortalecimento (RIBEIRO *et al.*, 2021).

A crise do capitalismo tem apresentado grande ofensiva na saúde, aprofundando a comercialização e fortalecendo tendências de segmentação e de mercantilização dos serviços (MARTINS; DAVID, 2019). A atenção à saúde e as práticas profissionais no sistema de saúde sofrem determinações que visam a adequar a produção dos serviços à manutenção da ordem

capitalista (MARTINS; DAVID, 2019):

A atenção à saúde como integrante do setor de serviços apresenta especificidades em sua produção, entretanto compartilha características semelhantes ao processo de produção capitalista dos demais setores da economia. Os serviços de saúde são submetidos aos processos de privatização, terceirização, flexibilização e precarização do trabalho, visando reduzir a participação do Estado e suas responsabilidades sociais enquanto poder público. (HILDEBRAND, 2008, p. 32)

Nesse cenário, a prática profissional na Atenção Básica tende a se adaptar de forma acrítica às demandas institucionais para atender às necessidades de saúde e/ou de redução dos custos no setor (MARTINS; DAVID, 2019).

Essas modificações tornam premente verificar a influência do contexto sobre as práticas de enfermagem no setor, cuja análise deve levar em consideração vários aspectos, como: as políticas de saúde, o contexto de vida e saúde, as condições de trabalho dos profissionais e os fatores pertinentes à subjetividade profissional, como o sentido do trabalho (OLIVEIRA, 2019). A identidade de uma profissão e a estruturação de seu ideário são produto multicondicionado de uma construção social, resultado do percurso histórico da categoria e da memória social atribuída aos sujeitos que executam o trabalho (RIBEIRO *et al.*, 2021).

4 MÉTODOS

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

A pesquisa é parte integrante de um estudo de abrangência nacional realizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), vinculado à Universidade de Brasília (UnB), junto ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). O estudo foi desenvolvido em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias de Estado de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

O estudo “Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos” teve como objetivo compreender as práticas profissionais dos(as) enfermeiros(as) que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Para isso, a pesquisa caracterizou o perfil profissional e demográfico bem como os cenários de atuação desses profissionais, além de descrever as práticas desenvolvidas e correlacioná-las com o perfil e o cenário de atuação das diferentes regiões brasileiras (SOUSA, 2022).

Os cenários do estudo foram os serviços de Atenção Primária à Saúde selecionados aleatoriamente pelas coordenações de estações regionais da pesquisa nacional, considerando-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que identifica estabelecimentos do tipo “Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde” e “Posto de Saúde” (SOUSA, 2022). Os participantes foram enfermeiras e enfermeiros que atuam na APS e que atenderam aos critérios de inclusão: todas as enfermeiras e todos os enfermeiros que desenvolvem práticas de assistência ou gestão na APS. Os critérios de exclusão foram: enfermeiras e enfermeiros preceptores, consultores, entre outros que não tenham um vínculo de trabalho formal com o serviço de saúde, e enfermeiros ausentes por afastamento legal de qualquer natureza ou férias (SOUSA, 2022).

Este estudo, como integrante da pesquisa nacional, obedece aos mesmos critérios, estabelecendo o recorte dos dados referentes ao Distrito Federal, na Região Centro-Oeste. Para mais, os dados aqui verificados se atêm à segunda categoria, “Valorização profissional”, que contém as subcategorias “Reconhecimento social” e “Condições de trabalho”. O estudo, também por ser integrante da pesquisa nacional, acompanha a abordagem mista e é do tipo exploratório e descritivo, utilizando dados quali-quantitativos para a análise do objeto (MINAYO, 2014; MINAYO; GUERRIERO, 2014; SOARES; CAMPOS; YONEKURA,

2013).

A pesquisa de métodos mistos possui delineamento transversal e de natureza analítica e compreensiva, considerando-se que, a partir da vinculação entre tendências estatísticas (dados quantitativos) e histórias e experiências pessoais (dados qualitativos), promove-se um melhor entendimento dos problemas ou fenômenos da pesquisa (MINAYO; GUERRIERO, 2014; SOUSA, 2022). As práticas de enfermagem na APS têm inerentes questões complexas relacionadas ao seu *status* de fenômeno de pesquisa, sendo o método misto, portanto, estratégico para o fortalecimento dos dados quantitativos e qualitativos, coletados concomitantemente, incorporando-se um método ao outro – sob a guarda do referencial teórico-metodológico da dialética marxista, considerando-se os princípios da historicidade e da totalidade (MINAYO; GUERRIERO, 2014; SOUSA, 2022).

4.2 EPISTEMOLOGIA DO MÉTODO: HERMENÊUTICA DIALÉTICA

Usualmente, no campo social pesquisas qualitativas são percebidas como adequadas a uma abordagem em que o foco do trabalho recai sobre a investigação do ponto de vista subjetivo dos indivíduos e suas formas de interpretação do meio social no qual estão inseridos, caracterizando-se por estudos flexíveis e menos estruturados; pesquisas quantitativas, por sua vez, são focadas na técnica e no rigor estatístico, com maior objetividade (KIRSCHBAUM, 2013). Em contrapartida, de acordo Kirschbaum (2013), a dicotomia entre *quali* e *quanti* é vista com suspeita por vários autores, levando à busca de pontes entre os dois campos. Sugere-se que essas abordagens não são excludentes e que o pesquisador deve adotar uma postura flexível, considerando uma possível integração entre pesquisas *quanti* e *quali* (KIRSCHBAUM, 2013).

A escolha da abordagem integral neste estudo é orientada para uma análise dialética e pela perspectiva de que os dados *quantiqualitativos* trazem elementos que se complementam, contribuindo para uma interpretação mais abrangente da realidade posta, como posto por Minayo (2009). Além disso, esse tipo de abordagem metodológica possibilita estudar o objeto por meio do contexto no qual ocorre, ou seja, através das relações interativas e interpretativas dos sujeitos, que constroem sentidos e visões de mundo (MINAYO, 2009).

Com relação ao objetivo pretendido na pesquisa, os dados quantitativos via questionário eletrônico estruturado permitirão uma primeira aproximação estratégica e complementarão as narrativas, com vistas ao conhecimento, descrição e identificação das percepções acerca do processo de trabalho dos enfermeiros no contexto da APS nas regiões de saúde do Distrito

Federal (SOUSA, 2022).

4.3 UNIVERSO DA PESQUISA

O universo do estudo foram as 177 UBS do Distrito Federal enquanto público-alvo para a coleta dos dados quantitativos, tendo sido o questionário divulgado por *link* na internet, via pesquisa nacional.

Essa rede de UBS é distribuída em sete regionais de saúde, conforme a organização da rede de atenção à saúde no Distrito Federal: Região Central (Plano Piloto – Asa Norte, Asa Sul, Vila Telebrasília, Vila Planalto e Noroeste –, Lago Norte, Lago Sul, Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal e Varjão); Região Centro-Sul (Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento – SIA, Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – SCIA); Região Oeste (Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol, Brazlândia); Região Sudoeste (Taguatinga, Águas Claras, Arniqueiras, Vicente Pires, Samambaia e Recanto das Emas); Região Norte (Sobradinho I, Sobradinho II, Fercal e Planaltina); Região Leste (Paranoá, Jardim Botânico, Itapoã e São Sebastião); e Região Sul (Gama e Santa Maria) (GÖTTEMS *et al.*, 2017; LEAL, 2021). Responderam ao questionário eletrônico, sob os critérios de inclusão, 329 enfermeiros e enfermeiras atuantes na APS da capital federal.

Quanto aos dados qualitativos, o universo da pesquisa compreendeu, também, as regiões de saúde, contemplando um(a) profissional por região. Dessa forma, sete profissionais responderam às entrevistas que constituem a coleta de dados qualitativos. As unidades de origem dos participantes foram suprimidas, a fim de garantir a preservação da identidade e a segurança das contribuições.

Os critérios de inclusão e exclusão utilizados são os mesmos da pesquisa-mãe, tendo em vista que este estudo é um estrato do estudo nacional.

4.4 COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram coletados no período de novembro de 2019 a agosto de 2021; a extensão do período se deve à pandemia de covid-19, que acarretou, entre outros impactos, sobrecarga de trabalho às(aos) profissionais integrantes das equipes de saúde da APS (SOUSA, 2022). A etapa quantitativa foi amostral de resposta voluntária, baseada no método

web survey de abrangência nacional – baseado na coleta de dados primários por meio da *web*: *e-mail*, redes sociais, sítios eletrônicos e painéis de usuários da internet (SOUSA, 2022). Esses meios foram utilizados para o recrutamento, quando o *link* da pesquisa foi divulgado. O acesso ao *link* conduziu o participante a um cadastro básico, que gerou um código único para cada participante, a fim de evitar que a mesma pessoa respondesse duas vezes e permitir o armazenamento de respostas parciais (SOUSA, 2022).

O *link* do questionário foi acessado, nacionalmente, por 16.427 pessoas, das quais restaram 7.308 respostas válidas sob o critério de inclusão “ser enfermeiro da APS” (SOUSA, 2022). Participaram da pesquisa enfermeiros e enfermeiras de todas as unidades federativas, dentre elas o Distrito Federal, cujo perfil sociodemográfico e de práticas foi investigado por variáveis distribuídas em seis dimensões do questionário eletrônico, em perguntas fechadas, de forma padronizada e estruturada: 1) identificação pessoal; 2) formação profissional; 3) gestão da informação e tradução do conhecimento; 4) condições de emprego, trabalho e salário; 5) práticas coletivas na UBS-ESF; e 6) práticas individuais (SOUSA, 2022).

O tratamento e a análise dos dados referentes ao questionário eletrônico foram realizados pela coordenação nacional da pesquisa, utilizando-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0 para Windows, com auxílio do Statistical Analysis System (SAS) para validação das hipóteses de cada variável (SOUSA, 2022).

Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevistas intensivas e em profundidade, a fim de que a obtenção das narrativas das enfermeiras e dos enfermeiros fosse enriquecida pelo encadeamento dos relatos biográficos e dos fatos vivenciados, já que essa modalidade de coleta de dados permite que as narrativas estejam além da transmissão de informações ou conteúdo, revelando aspectos fundamentais para a compreensão da experiência, do sujeito e do contexto, por meio de perguntas abertas norteadoras do diálogo e facilitadoras da narrativa (SOUSA, 2022).

Para a análise dos dados qualitativos, foi utilizado o *software* NVivo, versão *Release* 1.5.1 (940) – utilizado para a análise de informações qualitativas com vistas a facilitar a organização de entrevistas e a categorização de dados, imagens e áudios. Mediante a análise das entrevistas pelo NVivo, realizada a partir de protocolo de análise dos dados qualitativos da pesquisa nacional, os trechos das entrevistas foram atribuídos a cada categoria: Processo de trabalho realizado pelo enfermeiro na APS; Valorização profissional; Autonomia profissional; Tecnologias de cuidado; e Pandemia de covid-19. As subcategorias relacionadas a elas foram analisadas segundo o referencial teórico-metodológico de Bardin; portanto, adotou-se a

modalidade de análise temática – ou seja, a descoberta de núcleos de sentido cuja presença signifique algo para o objeto analítico (SOUSA, 2022).



Figura 1. Subcategorias do estudo Práticas de Enfermagem na APS

Fonte: SOUSA, 2022

A partir do Plano de Análise Qualitativa da pesquisa nacional, cada entrevista foi identificada segundo o modelo-padrão: “município, profissional = número, data”; as codificações obedeceram ao exemplo: Centro-Oeste (ENF_CO_000), de acordo com o Protocolo de Análise Qualitativa e de Codificação das Entrevistas da pesquisa nacional (SOUSA, 2022).

Neste estudo, os dados quantitativos foram analisados no âmbito do Distrito Federal, a partir do recorte do banco de dados da pesquisa nacional, traçando-se uma aproximação inicial com o perfil das(os) enfermeiras(os) atuantes na APS no DF, bem como a definição de suas principais práticas. Esse perfil quantitativo foi, então, relacionado com os dados qualitativos, compatibilizando-se o perfil e a percepção dos profissionais sobre o cotidiano do trabalho, os desafios, as potencialidades e o reconhecimento social, e dando-se robustez às subcategorias da categoria geral de análise “Valorização profissional” – foco deste estudo.

O presente estudo está sob a guarda da pesquisa nacional “Práticas de enfermagem no

contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos”, que teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB) em 8 de setembro de 2020, sob o CAAE 20814619.2.0000.0030 e parecer de número 4.263.831. Houve previsão do desenvolvimento de produtos científicos secundários à sua realização, tais como artigos, teses e dissertações.

Considerando-se a pandemia de covid-19, a pesquisa se ampara também no Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021, que trata das normas e dos procedimentos metodológicos que envolvem a utilização de dados obtidos diretamente com participantes, por meio de informações identificáveis ou que possam incorrer em riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, em particular no que abrange procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, como ocorreu com a pesquisa-mãe.

A partir da pesquisa nacional, os dados coletados para este estudo estão resguardados pelo consentimento dos participantes, por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para Fins de Pesquisa, o que se justifica pela Resolução CNS nº 510, de 7 de abril de 2016.

Por fim, para a elaboração do produto técnico preconizado pelo mestrado profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (PPGSC/UnB), o método adotado foi a produção de um *podcast*. O *podcast* é uma tecnologia que já vem sendo retratada como um dispositivo educacional, que pode contribuir no desenvolvimento da integração ensino-serviço-comunidade, podendo ser personalizado para um determinado fim ou grupo.

Há várias vantagens em se fazer um *podcast* com enfermeiras e enfermeiros sobre as práticas na Atenção Primária à Saúde:

1. Acesso facilitado: os *podcasts* são facilmente acessíveis e podem ser ouvidos a qualquer momento e em qualquer lugar do mundo do trabalho, permitindo que profissionais da enfermagem, demais profissionais saúde, estudantes e outras pessoas interessadas possam acessar o conteúdo de forma oportuna e conveniente;
2. Compartilhamento de conhecimentos e experiências: os enfermeiros têm um conhecimento valioso sobre suas práticas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Ao compartilharem suas experiências e conhecimentos por meio de um *podcast*, eles podem fornecer *insights* valiosos e dicas práticas para melhorar os processos de trabalho, a coordenação do cuidado e a integralidade das ações individuais e coletivas;

3. Educação-aprendizagem: os *podcasts* oferecem uma oportunidade de aprendizado permanente para enfermeiros e outros profissionais de saúde interessados na Atenção Primária à Saúde. Os ouvintes podem aprender com as experiências e as histórias compartilhadas pelos enfermeiros convidados, expandindo seus conhecimentos, habilidades e atitudes;
4. Aumento da visibilidade da enfermagem: os *podcasts* podem ajudar a aumentar a visibilidade e a valorização da enfermagem como profissão. Ao destacar o trabalho e as contribuições dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde, o *podcast* pode ajudar a promover uma imagem positiva da enfermagem e incentivar outros profissionais a considerar essa área de atuação;
5. Estímulo ao debate e à troca de ideias: os *podcasts* geralmente permitem interações com os ouvintes, por meio de comentários, perguntas e *feedback*. Isso pode estimular o debate saudável e a troca de ideias entre enfermeiros, profissionais de saúde e ouvintes interessados, criando um ambiente de aprendizado colaborativo.

Em síntese, o *podcast* encontra vantagem na disponibilidade integral do conteúdo, permitindo ao ouvinte a escolha do momento mais oportuno para acessar o conteúdo e, assim, facilitando a aprendizagem autoguiada. Dessa forma, produzir um *podcast* sobre práticas na Atenção Primária à Saúde oferece uma plataforma versátil para compartilhar conhecimentos, promover e ampliar os processos de educação permanente, aumentar a visibilidade da enfermagem e estimular o debate e a troca de ideias.

O perfil dos sujeitos participantes, a duração, a linguagem e o formato definidos previamente foram:

- Ser realizado em linguagem informal, no formato de bate-papo, com o objetivo de alcançar as enfermeiras e os enfermeiros, os profissionais de saúde e a população em geral;
- Ser realizado com enfermeiras que participaram do estudo balizador “Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos”;
- Ter duração máxima de 40 minutos;
- Ter quantidade máxima de 10 profissionais;
- Quanto ao roteiro, foi conduzido pelas seguintes perguntas norteadoras:

- A) Qual é a sua percepção sobre a realização de uma pesquisa nacional com o objetivo de investigar as práticas de enfermagem no contexto da APS?
- B) Qual é a sua compreensão sobre a relação entre a construção histórica e social da enfermagem e o contexto atual de suas práticas e de seu reconhecimento social?
- C) Como você avalia o impacto da pandemia sobre as práticas de enfermagem na APS?
- D) Qual é a sua percepção sobre a influência dos acontecimentos mais recentes no contexto sanitário geral e na atuação da enfermagem, em específico sobre a valorização e o reconhecimento social?
- E) Quais perspectivas você considera possíveis para o desenvolvimento das práticas de enfermagem em APS no Brasil?

O *podcast* foi realizado em coprodução com a equipe de pesquisadoras do Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (LabECoS) e integra o Grupo de Estudos e Pesquisas em Informação e Comunicação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. O produto “Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: cuidado, valorização e resistência” foi gravado em junho de 2023, e está disponível em: <https://ecos.unb.br/podcasts/>.

5 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal (DF) conta, atualmente, com 4.063 cargos ocupados por enfermeiros na Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF), de acordo com o Portal da Transparência do Governo do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2023a). Parte desse contingente profissional está lotada em 593 Equipes de Saúde da Família (eSF), cobrindo cerca de 65% da população da capital federal (APÊNDICE 1) (COSTA *et al.*, 2022; LEAL, 2021).

De acordo com o relatório dinâmico do Distrito Federal pertencente à pesquisa nacional “Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos”, 80,9% (266,1 enfermeiras) do segmento do ensino superior da categoria de enfermagem atuante na Atenção Básica do DF é do sexo feminino, enquanto 19,1% (62,8 enfermeiros) são do sexo masculino (SOUSA, 2022). Com relação à faixa etária, o perfil se mostra predominantemente de meia-idade, com 24,3% (79,9 enfermeiros) entre 36-40 anos e 19,8% (65,1 enfermeiros) entre 41-45 anos (SOUSA, 2022).

O perfil sociodemográfico dos enfermeiros atuantes na Atenção Básica à Saúde do DF é consoante ao perfil nacional da enfermagem em Atenção Básica no Brasil, que demonstra 88,4% do contingente profissional nacional do segmento do ensino superior sendo do sexo feminino (SOUSA, 2022) – o que, por sua vez, coaduna com o estudo “Perfil da enfermagem no Brasil”, cuja evidência é de que 86,2% da categoria é formada por profissionais do sexo feminino (MACHADO, 2017).

Vale apontar que ambas as pesquisas não incluíram a pergunta sobre identidade de gênero, o que deixa um lapso na identificação do perfil de gênero da enfermagem brasileira. No que diz respeito à faixa etária, o DF também acompanha o padrão nacional no âmbito da Atenção Básica à Saúde, já que os profissionais entre 31 e 45 anos predominam no país (SOUSA, 2022), assim como, em geral, nacionalmente, a faixa etária também é essa, com média de idade entre 36 e 45 anos (MACHADO, 2017).

Quanto às características étnico-raciais, 39,8% (139,9 enfermeiros) dos profissionais se consideram brancos; 50,2% (165,1 enfermeiros) se consideram pardos; 8,2% (26,9 enfermeiros) se autoafirmam negros; 0,9% (2,9 enfermeiros) se declara amarelo; e 0,9% (2,9 enfermeiros) preferiu não responder à pergunta. Quanto ao quesito raça/cor, a enfermagem do DF – com a maioria dos profissionais se autodeclarando parda – se contrapõe ao perfil nacional, que conta com 50,3% dos profissionais atuantes na Atenção Básica se autodeclarando brancos (SOUSA, 2022), ao mesmo tempo que a pesquisa que definiu o perfil geral da enfermagem brasileira evidencia que 57,9% dos enfermeiros nacionalmente também se

autodeclararam brancos (MACHADO, 2017).

Por último, a maior parte dos enfermeiros atuantes na Atenção Básica à Saúde na capital federal é casada, com um contingente de 55,3% (181,9 enfermeiros); a predominância de estado civil é seguida por profissionais solteiros, somando 21,9% (72 enfermeiros); divorciados, com 11,2% (36,8 enfermeiros); em união estável, com 9,1% (29,9 enfermeiros); separados, com 1,5% (4,9 enfermeiros); viúvos, 0,3% (0,9 enfermeiro); além de 0,6% (1,9 enfermeiro) que declara “outros” como estado civil (SOUSA, 2022). Com relação ao estado civil, assim como na capital federal, os enfermeiros atuantes na saúde da família e comunidade são, em sua maioria, casados, o que compreende 45,7% da amostra nacional (SOUSA, 2022). Em geral, isso acompanha o perfil nacional dos enfermeiros, que conta com 43,6% de profissionais casados (MACHADO, 2017).

No que diz respeito à religião, os profissionais atuantes na Atenção Básica do Distrito Federal são, em sua maioria, católicos, com 49,5% (162,8 enfermeiros) afirmando essa religião, seguidos de 29,2% (96 enfermeiros) evangélicos; 9,4% (30,9 enfermeiros) espíritas; 0,6% (1,9 enfermeiro) que professa alguma religião de matriz africana; 1,2% (3,9 enfermeiros) dos profissionais que se afirmaram ateus; 3,6% (11,8 enfermeiros) dos profissionais que professam outras religiões; e 6,4% (21 enfermeiros) dos profissionais que não desejaram declarar a religião (SOUSA, 2022).

Esses aspectos do perfil sociodemográfico são de relevante destaque para uma percepção histórica da construção desse panorama. Aqui, vale resgatar a constituição do trabalho da enfermagem a partir da divisão técnica e social do trabalho, ou seja, da separação entre trabalho manual e intelectual e da reprodução sistemática do caráter hierárquico das relações entre classes sociais (MARTINS; DAVID, 2019); o perfil da enfermagem é formado a partir de critérios excludentes, que desnudam o reflexo das ideias que a fundamentam enquanto continente e conteúdo de sua história (AROUCA, 2003).

Nessa senda, vale também retomar a influência das instituições internacionais, empresariais, filantrópicas e financeiras, bem como dos critérios de seleção para a formação da enfermagem brasileira desde a EEAN por meio da Missão Parsons: sexo feminino, mulheres solteiras e brancas, idade preferencialmente menor que 35 anos, habilitação para o magistério e critérios subjetivos de aparência (KÖRNDORFER, 2019). Também é preciso recuperar a relação, já explanada, que Arouca (2003) faz entre cuidado e trabalho, a fim de relacionar o trabalho de cuidado com o perfil sociodemográfico da categoria e a execução de suas práticas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O trabalho de cuidado é constituído, inevitavelmente, por práticas humanas através das quais a vida sociomaterial é produzida e reproduzida – um trabalho iniciado no ambiente doméstico e, por isso, histórica e socialmente relegado às mulheres. Como já mencionado, esse trabalho é produtivo, uma vez que seu conjunto de atividades estabelece uma relação de dependência com a reprodução da sociedade capitalista – denominando-se, assim, de trabalho de reprodução social (FERGUSON; MCNALLY, 2017).

Vale salientar, contudo, que essa produtividade produz valor de uso, não valor de troca. Esse tipo de trabalho possui um modo de produção próprio, que opera em uma lógica distinta, pré ou não capitalista. A relação se estabelece: sem o trabalho de reprodução social, os trabalhadores não são reproduzidos nem mantidos e, assim, tampouco o capital pode ser reproduzido (FERGUSON; MCNALLY, 2017).

Ao se verificar, portanto, a vitalidade do trabalho de reprodução social – nele contido o cuidado, de forma generalizada –, percebe-se que o trabalho de reprodução social é inexorável para o capital e, por isso, sua dominação tem importância. Isso se interliga com a dominação de quem o executa – as mulheres, logo a opressão às mulheres gira em torno dessa importância social do trabalho de reprodução social e, tão logo, das relações de dominação e exploração que o perpassam (FERGUSON; MCNALLY, 2017):

As raízes sócio-materiais da opressão às mulheres sob o capitalismo têm a ver, na verdade, com a relação estrutural do lar com a reprodução do capital: o capital e o Estado precisam conseguir regular sua capacidade biológica de produzir a próxima geração de trabalhadores, de modo que a força de trabalho esteja disponível para a exploração. (FERGUSON; MCNALLY, 2017, p. 35-36)

É salutar refletir sobre a constituição do cuidado enquanto atividade de reprodução social e objeto científico de trabalho da enfermagem, sob o prisma da opressão e exploração de gênero, relacionando-a com as questões que atravessam a enfermagem enquanto categoria profissional. Sendo profissão, a enfermagem contribui para a reprodução social da vida, prestando cuidado aos trabalhadores e mantendo/recuperando sua força de trabalho. Levando-se em conta que os processos de autopreservação e propagação da vida humana são organizados nas formas socioculturais de vida, eles são, também, estabelecidos nas formas socioinstitucionais – como ocorre com o desenvolvimento da enfermagem nos espaços formais de execução do trabalho.

Considerando-se: a) que o trabalho de reprodução social é histórica e socialmente tido como trabalho intrínseco ao desempenho social de gênero e, portanto, é dispensada sua remuneração por se atribuir a ele apenas valor de uso – não de troca, ou seja, de lucro –; e b) que o trabalho, materializado nas práticas da enfermagem, desenvolveu-se historicamente sob as mãos de

mulheres, executando o trabalho de cuidado reiteradamente relegado às mulheres e sendo interpretado como de dispensável remuneração, pode-se estabelecer relação direta entre o desenvolvimento social e histórico da enfermagem, sua composição majoritariamente feminina e sua permanente desvalorização laborativa, social e financeira no Brasil.

No que diz respeito à localização e distribuição territorial, nota-se na enfermagem em Atenção Básica do Distrito Federal um perfil migrante, que não nasceu onde reside, mas optou por se firmar no local onde trabalha. Isso é evidenciado pelo dado de que 65,35% (215 enfermeiros) dos participantes da pesquisa não nasceram no município onde residem, ao mesmo tempo que 82,7% (272 enfermeiros) dos profissionais agora residem no município onde trabalham (SOUSA, 2022).

Essa dinâmica de migração e radicação territorial se articula com a estabilidade na permanência desses profissionais no primeiro nível de atenção à saúde da capital federal, uma vez que 31,6% (103 enfermeiros) atuam na APS há mais de 12 anos, seguidos por 24% (78,2 enfermeiros) que estão lotados na Atenção Básica entre 9 a 12 anos; 24,9% (81,9 enfermeiros) que trabalham como porta de entrada do sistema de saúde entre 0 a 4 anos; e 19,5% (64,1 enfermeiros) que exercem a enfermagem em Atenção Básica entre 5 a 8 anos (SOUSA, 2022).

A motivação para a escolha do DF como local de trabalho e permanência é evidenciada na narrativa de profissionais atuantes na APS do DF:

O DF eu escolhi por melhores condições de trabalho e por valorização da enfermagem em relação ao salário. [...] Quando você chega aqui no DF, você fica meio espantado, até com as atitudes dos colegas [...], porque é tudo novo. (ENF_CO_001)

Eu vim pra Asa Sul porque aqui não era Saúde da Família, aqui era um centro clínico, uma policlínica, e, como era pra implantar o Saúde da Família e eu tenho experiência, [...] eu que fiz o projeto de implantação. [...] Eu cheguei aqui e fiz o projeto, a territorialização, eu e os outros enfermeiros, principalmente, porque o enfermeiro que faz essa parte. [...] a gente criou o projeto, foi aceito pela coordenação-geral e aí virou Saúde da Família, hoje os meus colegas até hoje falam “nossa, mas a gente só existe porque [ela] veio pra cá”. (ENF_CO_001)

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos enfermeiros atuantes na APS do DF

Sexo	n	%
Feminino	266,1	80,9%
Masculino	62,8	19,1%
Faixa etária		
Até 25 anos	7,8	2,4%
Entre 26 e 30 anos	18	5,5%
Entre 31 e 35 anos	57,9	17,6%
Entre 36 e 40 anos	73,9	24,3%
Entre 41 e 45 anos	65,1	19,8%
Entre 46 e 50 anos	48	14,6%
Entre 51 e 55 anos	34,8	10,6%
Entre 56 e 60 anos	14,1	4,3%
Entre 61 e 65 anos	2,9	0,9%
Raça/cor		
Branco	139,9	39,8%
Pardo	165,1	50,2%
Negro	26,9	8,2%
Amarelo	2,9	0,9%
Não respondeu	2,9	0,9%
Estado civil		
Casado	181,9	55,3%
Solteiro	72	21,9%
Divorciado	36,8	11,2%
União estável	29,9	9,1%
Separado	4,9	1,5%
Viúvo	0,9	0,3%
Outros	1,9	0,6%
Religião		
Católico	162,8	49,5%
Evangélico	96	29,2%
Espírita	30,9	9,4%
Religião de matriz africana	1,9	0,6%
Ateu	3,9	1,2%
Outras religiões	11,8	3,6%
Não respondeu	21	6,4%
Distribuição territorial		
Não nasceu no município onde reside	215	65,35%
Reside no município onde trabalha	272	82,7%
Tempo de trabalho		
Mais de 12 anos	103	31,6%
Entre 9 e 12 anos	78,2	24%
Entre 5 e 8 anos	61,1	19,5%
Entre 0 e 4 anos	64,1	19,5%

Fonte: Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

Para uma atuação qualitativa no nível de saúde responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento da rede, principal porta de entrada do sistema de saúde e articulador intersetorial do cuidado, a formação é aspecto central de análise no perfil dos profissionais que

executam esse trabalho no Distrito Federal. Dessa forma, verificou-se que 54,5% (179,3 enfermeiros) são graduados em Enfermagem por instituições privadas, ao passo que 45,5% (149,6 enfermeiros) dos profissionais são egressos de instituições públicas de ensino, todas brasileiras (SOUSA, 2022).

A predominância de profissionais formados em IES privadas pode estar relacionada a dois fatores: o primeiro é o perfil migratório dos profissionais atuantes no DF, sendo possível a chegada de profissionais graduados em instituições privadas de outras unidades da federação, que chegam ao DF em busca de melhores condições de remuneração e trabalho. O segundo fator é a existência de apenas duas instituições públicas de ensino superior que ofertam o curso de Enfermagem na capital federal – a Universidade do Distrito Federal Jorge Amaury, que incorporou a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), referência na formação de enfermeiros no Centro Oeste; e a Universidade de Brasília (UnB).

Também é possível observar que a segunda graduação não é uma opção escolhida pela maioria dos profissionais entrevistados, com 88,8% (292 enfermeiros) afirmando não ter concluído um segundo curso. Por outro lado, para os 9,4% (30,9 enfermeiros) que optaram pela segunda graduação, a predominância é consoante com o primeiro curso, com 67,7% (222 enfermeiros) dos egressos de segunda graduação sendo oriundos de instituições privadas de ensino, todas brasileiras (SOUSA, 2022).

A maior parte dos profissionais atuantes na Atenção Básica à Saúde do DF se formou há cerca de 10 anos ou menos: 56,7% (186,5 enfermeiros) concluíram o curso de Enfermagem entre 2001 e 2010; 10,5% (34,5 enfermeiros) se formaram entre 2011 e 2015; e 8,4% (27,6 enfermeiros) têm como ano de conclusão o período entre 2016 e 2021. Enquanto isso, 19,8% (65,1 enfermeiros) dos profissionais se graduaram em Enfermagem entre 1991 e 2000; e 4,6% (15,1 enfermeiros) finalizaram o curso antes de 1990.

O perfil de formação mais recente se soma à grande busca por especialização, verificando-se que 80,5% (264,8 enfermeiros) dos profissionais atuantes na Atenção Básica à Saúde do Distrito Federal são especialistas; contudo, embora sejam uma modalidade de especialização relevante e uma política pública central para o fortalecimento da saúde pública brasileira, as residências abarcam apenas 6,4% (21 enfermeiros) dos enfermeiros de Atenção Básica do DF (SOUSA, 2022).

Por outro lado, verifica-se que, apesar dos avanços notados na enfermagem ao longo dos anos, as titulações *stricto sensu* e a livre-docência não abrangem a maioria dos enfermeiros da Atenção Básica do DF. O título de mestre é conferido a 10,6% (34,8 enfermeiros) dos profissionais; o de doutor, a 0,91% (2,9 enfermeiros) dos enfermeiros; e o de pós-doutor, a 0,91% (2,9 enfermeiros) dos profissionais. Ademais, a titulação de livre-docência é conferida

a 3,34% (10,9 enfermeiros) dos enfermeiros – demonstrando a busca pela habilitação para exercício da docência, importante âmbito de atuação do enfermeiro (SOUSA, 2022).

Tabela 2. Perfil de formação dos enfermeiros atuantes na APS do DF

Natureza da instituição – graduação	n	%
Pública	149,6	45,5%
Privada	179,3	54,5%
País onde realizou graduação		
Brasil	329	100%
Outro	0	0
Realizou 2ª graduação		
Sim	30,9	9,4%
Não	292	88,8%
Não respondeu	6	1,8%
Natureza da instituição – 2ª graduação		
Pública	106,2	32,3%
Privada	222	67,7%
Tempo de formação		
Antes de 1990	15,1	4,6%
Entre 1991 e 2000	65,1	19,8%
Entre 2001 e 2010	186,5	56,7%
Entre 2011 e 2015	34,5	10,5%
Entre 2016 e 2021	27,6	8,4%
Pós-graduação		
Especialização	264,8	80,5%
Livre-docência	10,9	3,34%
Mestrado	34,8	10,6%
Doutorado	2,9	0,91%
Pós-doutorado	2,9	0,91%

Fonte: Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

Outro aspecto precípua da formação desses profissionais é a gestão da informação e tradução do conhecimento, sob a perspectiva da educação continuada e permanente. Nesse sentido, 93,3% (306,9 enfermeiros) dos profissionais afirmam ter acesso a informações relativas à Atenção Básica à Saúde e à Estratégia Saúde da Família, principalmente por meio digital – preferido por 92,1% (303 enfermeiros) – e buscadas, sobretudo, em casa, onde 55,5% (182,5 enfermeiros) dos profissionais se informam, ou no trabalho, onde 80,9% (266,1 enfermeiros) dos enfermeiros procuram por informações (SOUSA, 2022).

No que diz respeito às fontes dessas informações, as revistas científicas, as mídias sociais e as fontes governamentais são as referências priorizadas pelos profissionais, com 51,67% (169,9 enfermeiros), 52,89% (174 enfermeiros) e 77,81% (255,9 enfermeiros) dos profissionais elencando tais fontes como principais locais de busca de informações, respectivamente. Já os livros especializados são procurados por 56,53% (185,9 enfermeiros) dos profissionais – não houve distinção entre forma impressa ou digital (SOUSA, 2022).

Para traçar o perfil de formação, com ênfase na educação continuada e permanente, é

válido diferenciar as iniciativas próprias de formação longitudinal dos profissionais atuantes na Atenção Básica distrital daquelas institucionalmente fomentadas. Nessa senda, 42,9% (141,1 enfermeiros) dos enfermeiros que colaboraram com o estudo afirmam ter participado de seminários e/ou encontros científicos na área de Atenção Básica à Saúde ou Estratégia Saúde da Família nos últimos dois anos, enquanto os cursos de atualização e suporte ao trabalho na APS, durante o mesmo período, foram procurados por 37,4% (123 enfermeiros) dos profissionais (SOUSA, 2022).

Tabela 3. Gestão da informação e tradução do conhecimento pelos enfermeiros atuantes na APS do DF

Acessa informação sobre APS/ESF	n	%
Sim	306,9	93,3%
Não	5	1,52%
Não respondeu	17,1	5,2%
Meio de acesso à informação		
Impresso	82,9	25,2%
Digital	303	92,1%
Local onde acessa a informação		
Em casa	219,1	66,6%
No trabalho	266,1	80,9%
Durante a ida para o trabalho	15	4,56%
Local de publicação da informação		
Revistas científicas	169,7	51,6%
Mídias sociais	173,7	52,8%
Livros especializados	120,7	36,7%
Fontes governamentais	255,9	77,8%
Participação em evento científico sobre APS/ESF		
Sim	141,1	42,9%
Não	170	51,7%
Não respondeu	18	5,5%
Curso de atualização sobre APS/ESF nos últimos 2 anos		
Realizou	200	60,8%
Não realizou	110,8	33,7%
Não respondeu	18	5,5%

Fonte: Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

A percepção dos profissionais sobre a disponibilidade de educação permanente no âmbito institucional é satisfatória, como se pode perceber:

Eu não sei se é a realidade de todos os estados, mas aqui no DF a gente é muito treinado. O enfermeiro da Atenção Básica, aqui, pra ele não ter conhecimento, pra ele não ter uma base, ele tem que ser muito ruim. Entendeu? Porque, assim, dizer...

A gente é muito treinado, surge protocolo, sempre tinha curso, era curso do pré-natal, então, assim, a gente é muito treinado. (ENF_CO_007)

Por fim, é válido salientar que as entidades representativas da enfermagem, que são responsáveis pela elaboração, atualização e fomento dos aspectos científicos e educacionais da categoria – quais sejam, as associações –, possuem baixa adesão entre os enfermeiros atuantes na Atenção Básica à Saúde no DF. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) possui como associados 6,69% (22 enfermeiros) dos profissionais, enquanto a Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO) recebe associação de 7,6% (25 enfermeiros) dos enfermeiros da Atenção Básica à Saúde da capital federal (SOUSA, 2022).

Tabela 4. Associativismo entre os profissionais atuantes na APS do DF

É associado a alguma entidade representativa da enfermagem	n	%
Sim	123	37,4%
Não	187,8	57,1%
Não respondeu	18	5,5%
Associações		
ABEn	22	6,69%
ABEFACO	25	7,6%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

6 PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL: CONDIÇÕES DE TRABALHO E A VISÃO DE QUEM REALIZA

Conhecidos os dados sociodemográficos e a relação dos(as) enfermeiros(as) atuantes na APS do DF com a coletividade profissional, faz-se necessária a avaliação sobre as condições de emprego, trabalho e salário da categoria – compreendendo-se as particularidades concernentes ao DF. Dos 329 profissionais participantes da coleta de dados quantitativa do estudo, 5% (n=16) afirmam compor Equipes de Atenção Básica (eAB); 1% (n=3) compõe Equipes de Atenção Básica Prisional (eABP); 84% (n=276) compõem Equipes de Saúde da Família (eSF); e 1% (n=3) afirmam compor Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Por fim, 8% (n=26) optaram pela resposta “não se aplica”, possivelmente por se tratar de gestores.

A APS no DF é regida pelas Portarias nº 77 e nº 78, que, em consonância com a PNAB, preveem a existência das modalidades de equipe das quais os participantes afirmam fazer parte: Equipe de Saúde da Família (eSF), Equipe de Saúde da Família Rural (eSFR), Equipe de Consultório na Rua (eCR), além das Equipes de Saúde Bucal (eSB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Equipes de Saúde de Atenção Domiciliar (DISTRITO FEDERAL, 2017a; DISTRITO FEDERAL, 2017b). Embora alguns profissionais tenham selecionado participar de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha, tal modalidade não se aplica às características do Distrito Federal e pode ter sido confundida com a sigla “eSFR”, concernente às equipes rurais.

É importante lembrar que, de acordo com a Portaria nº 78 da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF), que estabeleceu a conversão do modelo de APS para ESF na capital federal, todas as equipes passam a ser eSF. Contudo, em razão das dificuldades de constituição das equipes, sobretudo pela ausência do profissional médico, muitas delas se enquadram na modalidade eAB, de acordo com a PNAB.

No que diz respeito ao tempo de atuação dos profissionais na APS, a maioria trabalha no primeiro nível de atenção há mais de 12 anos, constituindo 43,6% (n=143) dos participantes. Já 17,2% (n=56) atuam na APS entre 9 e 12 anos; 17,8% (n=58), entre 4 a 8 anos; e 21% (n=71) trabalham na APS entre 0 e 3 anos. O vínculo trabalhista prioritário é de servidores públicos estatutários, atribuído a 88,1% (n=290) dos profissionais. Esse dado dialoga com o mecanismo de ingresso à APS prevalente, que obedece à mesma estatística para o método de concurso público – consoante à característica da APS no DF, que é executada exclusivamente pelo Estado

atualmente.

Ainda assim, devem chamar atenção o tipo de vínculo “outros” e a seleção pela opção “não se aplica”, que constituem 1,2% (n=4) e 7,9% (n=26), respectivamente, assim como as mesmas categorias quanto ao mecanismo de ingresso à APS, que abarcam 1,8% (n=6) de profissionais que selecionaram a opção “outros” e 7,9% (n=26) que selecionaram a opção “não se aplica”. Isso se deve à característica, no DF, da indicação política dos gestores que ocupam os cargos de Gerência de Atenção Primária (GSAP) sem necessariamente ser servidores estatutários e, muitas vezes, sem ter experiência na APS.

Tabela 5. Condições de emprego, trabalho e salário: vínculo profissional à APS

Âmbito de atuação na APS	n	%
Equipe de Atenção Básica	16	5%
Equipe de Atenção Básica Prisional	3	1%
Equipe de Saúde da Família	276	84%
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha	3	1%
Núcleo Ampliado de Saúde da Família	3	1%
Não se aplica	26	8%
Tempo de atuação na APS		
De 0 a 3 anos	71	21,5%
De 4 a 8 anos	58	17,8%
De 9 a 12 anos	56	17,2%
Mais de 12 anos	143	43,6%
Tipo de vínculo de trabalho		
Bolsista	4	1,2%
Celetista	1	0,3%
Contrato temporário	3	0,9%
Pessoa física	1	0,3%
Servidor público estatutário	290	88,1%
Outros	4	1,2%
Não se aplica	26	7,9%
Mecanismo de ingresso à APS		
Concurso público	290	88,1%
Seleção pública	7	2%
Outros	6	1,8%
Não se aplica	26	7,9%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

No que diz respeito às condições de trabalho e à influência do trabalho em equipe, a maior parte dos profissionais, sendo 88% (n=290), está vinculada à APS em uma jornada de trabalho de 40 horas semanais – o que é previsto pela Política Distrital de Atenção Básica. Já 74,5% (n=243) das equipes das quais fazem parte os profissionais participantes possuem profissionais médicos; entretanto, isso não reflete necessariamente a realidade do DF, sobretudo nas regiões administrativas mais marginalizadas em relação ao centro da capital (SOUSA, 2022).

Dados de junho de 2023 disponibilizados pela SES-DF informam que existem 518 médicos de família e

comunidade na instituição; uma rápida comparação permite perceber que uma unidade básica de saúde localizada na Asa Norte – região administrativa de melhor desenvolvimento social – possui 6 médicos, ao passo que uma unidade básica de saúde localizada em Ceilândia – região administrativa de maior vulnerabilidade – possui 5 profissionais médicos, relevando a disparidade de distribuição, os prejuízos na cobertura profissional, possíveis repercussões no acesso à assistência e, certamente, maior sobrecarga de trabalho às equipes que lidam com territórios mais vulneráveis (DISTRITO FEDERAL, 2023b).

Uma característica relevante é a especialidade dos profissionais médicos, pois ela reflete o processo de conversão da APS no Distrito Federal. A maioria dos profissionais médicos, segundo os(as) enfermeiros(as) participantes do estudo, é especialista em Saúde da Família e Comunidade, constituindo 49,5% (n=163) dos profissionais – o que dialoga com o Converte, que atribuiu aos profissionais médicos participantes o título na especialidade. Mantém-se, ainda, uma minoria de outros especialistas, como 0,9% (n=3) cardiologista; 17,6% (n=58) clínicos gerais; 4% (n=13) ginecologistas; e 6% (n=20) pediatras.

As condições de trabalho de enfermeiros e enfermeiras participantes da pesquisa foram avaliadas majoritariamente como regulares, por 40,7% (n= 134) dos profissionais. A razão desse julgamento é distribuída entre recursos humanos, que é a principal condição para 62,9% (n=207) dos profissionais; recursos materiais, para 58% (n=191) dos profissionais; instalações físicas, para 64,4% (n=212) dos participantes; e pessoal, para 24,9% (n=82) dos enfermeiros do estudo.

Os recursos humanos se apresentam na narrativa dos profissionais como um fator crítico, como se pode perceber:

A maior dificuldade que a gente está tendo hoje na unidade, que eu acho que é um ponto forte, é a questão de recursos humanos. A gente está com um déficit muito grande de servidor. [...] Na unidade que eu trabalho, nós somos sete equipes de Saúde da Família e somente três têm médicos. [...] As outras equipes são com médicos compartilhados, que são médicos que não são de Saúde da Família, e temos um grande número de absenteísmo, pessoas que estão afastadas por questão de saúde, atestados e licenças longas. Então eu acho que isso tem dificultado muito o trabalho. [...] A gente tem um quadro muito reduzido, as pessoas estão adoecendo, o profissional adoece também, às vezes quem está na linha de frente hoje amanhã pode não estar. [...] O desafio nosso é conseguir manter uma escala; a nossa escala é dia a dia, então hoje é uma escala, amanhã já pode ser outra escala, hoje tem médico, amanhã não tem. Então o maior desafio nosso hoje é conseguir manter o grupo de profissionais na linha de frente. (ENF_CO_002)

Eu tô sem médico faz mais ou menos um ano. [...] Eu tenho um ACS [...] deslocada pra atendimento na recepção, pra ajudar [...] no cadastro da vacinação do covid. Então [sobra] quase nada de tempo pra equipe. [...] Tenho mais duas técnicas de enfermagem que compõem a equipe que também estão o tempo todo na sala de vacina ou fazendo vacina do covid, ou escalada em alguma outra atividade que não é

diretamente relacionada com a equipe; aí a equipe é bem desfalcada em relação às atividades. (ENF_CO_004)

A percepção dos profissionais sobre esses elementos acerca das condições de trabalho é variável, havendo diferenças entre as regiões de saúde – ao mesmo tempo que determinado local usufrui, por exemplo, de melhor aporte de recursos materiais, outros mingam em decorrência de sua falta:

Nós temos hoje um suporte bom na questão de recursos materiais, principalmente em relação ao atendimento do paciente sintomático respiratório. [...] Eu acho que é um ponto forte, porque o paciente consegue ter acesso a todos os níveis de atendimento e recursos oferecidos pela unidade. (ENF_CO_002)

O problema estrutural é porque falta muito equipamento [...]. Por exemplo, lá no covid só tem um oxímetro pra quatro salas. Aparelho de pressão a gente já comprou vários, porque, como usa muito no acolhimento, quebra fácil, e a secretaria não dá tempo de repor, então a gente fica comprando. [...] A gente tem quatro salas de citologia, podia coletar quatro enfermeiros ou quatro médicos ao mesmo tempo, mas eu só tenho um foco. Então eu limito o trabalho, limito a oferta de serviço. A gente tem problemas, sim, de falta de medicação, às vezes passa uma medicação que você tem que substituir porque não tem na unidade. (ENF_CO_001)

Apesar dos desafios, a interpretação dos profissionais quanto ao trabalho em equipe reflete a coesão de algumas equipes no tocante ao entrosamento e à organização do processo de trabalho:

Em primeiro lugar a minha equipe é muito boa. Meus agentes de saúde são fantásticos, eu tenho duas técnicas em enfermagem que são meus braços aqui também, e isso facilita muito com que a gente preste um bom atendimento à nossa população. Esse trabalho em equipe eu considero como primordial na prestação de serviço à nossa população. (ENF_CO_005)

Eu sei que eu sou a coordenadora, mas lá o ACS tem voz, o médico tem voz, o técnico tem voz, ninguém é superior a ninguém. (ENF_CO_007)

A abertura das equipes para a integração entre o ensino, o serviço e a comunidade também faz parte das características das equipes e da conformação do processo de trabalho. Pode-se considerar que, em parte, isso reflete a conformação histórica da APS do DF, que nasce a partir da atuação territorial da universidade em integração com o serviço, não só dando passos iniciais para a consolidação da Atenção Primária na capital federal, como sendo exemplo para todo o país. Essa interação entre profissionais atuantes e profissionais em formação também se evidencia na narração de profissionais participantes do estudo:

Nesse momento a gente tem residente de enfermagem, a gente tá tão chique, gente.

Temos as residentes de enfermagem, os estudantes, é incrível essa participação. Então eu acho que tem até que haver estudos nesse sentido, porque quando a pandemia começou nós éramos muito poucos, trabalhando muito [...], e quando os alunos, tanto os acadêmicos de medicina quanto os de enfermagem, nosso trabalho realmente virou outro. (ENF_CO_007)

As instalações físicas também constituem a crítica expressa pelos profissionais nas entrevistas, evidenciando negligência por parte do poder público diante da priorização da APS – ainda que o DF tenha como traço cultural as obras públicas:

E a estrutura física também, porque aqui acho que a última reforma foi no governo do [NOME]. Deveria ter uma manutenção, uma reposição, até de cadeira também, pra gente, pros usuários, então é sucateado a questão de aparelho. (ENF_CO_001)

A estrutura física é muito ruim, a gente tem dificuldade com sala, com coleta de citologia, o centro de saúde tem 40 anos, acho, e, se eu não me engano, nunca passou por uma reforma, eles só fazem aquelas maquiagens [...]. Desde que eu entrei lá, era pra tá sendo feita a reforma, e nunca saiu. Não tem um espaço muito adequado, e a minha sala, que é minúscula, não tem nem como trancar a porta, se você precisar examinar um paciente corre o risco de alguém entrar, a porta não tem fechadura, não tem tranca [...]. É bem, bem ruim a estrutura física. (ENF_CO_004)

Tem, sim, suas limitações: a sala de curativo é misturada, às vezes a gente faz o curativo aqui mesmo dentro do consultório, não tem uma sala; vacina volante vem pra cá, às vezes a gente tem que sair da sala para poder dar espaço pra vacina. Então são gambiarras que a gente vai fazendo pra poder servir à população. (ENF_CO_005)

Algumas narrativas mesclam diversos fatores, denotando a percepção global dos profissionais sobre suas condições e a maneira ampla como atravessam o processo de trabalho:

Para acompanhar os pacientes com covid, tenho que realizar as ligações pelo meu celular particular, pois não temos como ligar. Enquanto resolvo as ligações, as técnicas de enfermagem fazem o acolhimento e até a classificação dos pacientes para deixar tudo “mastigado” para o médico. (ENF_CO_005)

Tabela 6. Condições de emprego, trabalho e salário: avaliação das condições de trabalho e influência do trabalho em equipe

Horas de trabalho semanais	n	%
20h	3	0,9%
30h	1	0,3%
40h	290	88%
Outras	9	2,7%
Não se aplica	26	7,9%
Há profissional médico na equipe?		
Sim	243	74,5%
Não	57	17,3%
Não se aplica	27	8,2%
Especialidade do profissional médico		
Cardiologia	3	0,9%
Clínica geral	58	17,6%
Ginecologia	13	4%
Pediatria	20	6%
Saúde da família e comunidade	163	49,5%
Como avalia as condições de trabalho		
Boas	67	20,3%
Excelentes	2	0,6%
Muito boas	16	4,8%
Péssimas	21	6,3%
Regulares	134	40,7%
Ruins	62	18,8%
Não se aplica	27	8,2%
Avaliação das condições de trabalho condicionada a/influenciada por		
Recursos humanos	207	62,9%
Recursos materiais	191	58%
Instalações físicas	212	64,4%
Pessoal	82	24,9%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

Um elemento transversal às condições de trabalho e aos elementos que a constituem é a integralidade do cuidado, percebida pelos profissionais de maneira minuciosa, que abarca desde a influência exercida sobre a organização do cotidiano do trabalho até a compreensão do trabalho em rede e da repercussão das características do acesso e da longitudinalidade do cuidado sobre a oferta de saúde às comunidades:

O que eu acho ruim no meu trabalho é o encaminhamento das coisas. A integralidade da assistência é muito compartimentada no DF. Aqui a gente tem autonomia, entra no SISREG, que é o sistema de regulação, já encaminha pra várias especialidades. Mas às vezes volta pra mim, porque [...] não consegue marcar consulta. O paciente vem com raiva e vem descontar na gente. (ENF_CO_001)

Os sistemas, o prontuário do paciente da Atenção Básica é um, do hospital é outro. A gente manda o paciente pro hospital e a gente quer acompanhar pra saber o que aconteceu. Hoje o sistema não permite, porque na Atenção Básica a gente usa o e-

SUS e lá, como é terceirizado, eles estão usando outro sistema. Eu perco todo o acompanhamento que eu poderia fazer, porque muitas vezes o paciente vem embora sem relatório. [...] Da contrarreferência da Atenção Básica, pra ele ir pro especialista, se ele não tiver todos os documentos e relatórios prontinhos e bonitinhos, ele sequer consegue a consulta; mas, de lá pra cá, ele vem sem o relatório. Então quando a gente conseguir ter acesso a esse prontuário pra gente conseguir entender depois, porque esse paciente não deixa de ser nosso, interna lá dois meses, mas ele volta. (ENF_CO_007)

A falta de retaguarda dos outros níveis de atenção e o impacto da terceirização de equipamentos de saúde, um processo que atravessa o Distrito Federal com relevantes controvérsias, são reconhecidos pelos profissionais como substância negativa de seu cotidiano laborativo:

Quando foge da Atenção Básica já era. A gente tinha um núcleo que acompanhava os pacientes, por exemplo paciente acamado que não tem traqueostomia, que era um Núcleo de Assistência Domiciliar (NRAD), que era uma equipe que tinha médico, tinha nutricionista e tudo. Aqui na Santa Maria, como terceirizou o hospital, acabou com esse serviço. Então, quando a gente depende de especialidade, é difícil [...], quando foge da autonomia da Atenção Básica. E a gente tem muito serviço terceirizado, nosso hospital é um instituto [...], então nem vínculo com a gente direito não tem. Isso pra mim é uma dificuldade. A gente não tem UPA e ainda tem um hospital terceirizado. (ENF_CO_007)

A sobrecarga de trabalho aparece de forma evidente em algumas narrativas, principalmente atribuída à territorialização e à adscrição de usuários em quantidade superior à preconizada pela PNAB, além da incompatibilidade da composição das equipes e das circunstâncias laborais das equipes:

A equipe tem que atender até 3.500 pessoas, [...] mas isso vai muito além, então a sobrecarga de trabalho é muito grande [...], fica muita coisa a desejar, mas a gente tá aqui trabalhando. (ENF_CO_006)

Para mais, a sobrecarga laboral também surge nas narrativas de maneira sutil, denotada pela descrição da vulnerabilidade dos territórios e pelo reconhecimento dos desafios impostos pelas características socioculturais dos locais adstritos. Segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2021, o DF é a quarta unidade federativa mais desigual do país, com índice de Gini de 0,566 (quanto mais próximo de um, menos desigual). A desigualdade se expressa na renda da população do DF: ainda de acordo com a PDAD (2021), enquanto o Lago Sul tem renda *per capita* de R\$ 10.979,00, a Estrutural não chega a um salário mínimo, com R\$ 695,00.

Essas desigualdades se expressam nas condições de vida, trabalho e saúde da população, impondo iniquidades na constituição dos serviços nos territórios e, portanto, no acesso da população a

eles. Essas características são reconhecidas pelos profissionais em suas narrativas e evidenciam a notabilidade da influência da identidade social do território sobre as práticas profissionais e o processo de trabalho:

Como a gente tem o bom senso, já que é uma área rural bem distante do centro e o raciocínio lógico é que a gente abraça o máximo possível a população, por vários fatores, como o distanciamento [...], lá não tem transporte coletivo que vai e volta, as pessoas têm que pagar uma condução, então, em cima desses pormenores, a gente tenta abraçar bem a população. É um interiorzinho que fica a 80 quilômetros do centro de Brasília [...]. Então em cima disso a gente tenta abraçar. (ENF_CO_003)

É possível perceber o quanto a carência de recursos limita a dedicação e o potencial criativo de profissionais que se dedicam a promover saúde e ser um diferencial no território, o que foi exigido pelo contexto de crise sanitária:

Tem vários projetos que a gente tenta fazer aqui, um dos projetos que eu tenho pronto é a tele-enfermagem. [...] O telefone, na primeira semana que comecei a fazer, parou, aí hoje a gente conseguiu um telefone da equipe pra fazer tele-enfermagem. Então vamos ver se a gente consegue pelo menos dar mais andamento, por causa da pandemia e porque eu acho que vai ser uma coisa que vai ficar. (ENF_CO_001)

No tocante à gestão das unidades, 88,1% (n=290) possuem gerente. A maior parte dos gerentes, correspondendo a 75,4% (n=248), possui ensino superior, principalmente com graduação em Enfermagem, que compreende 46,8% (n=154) dos gerentes das unidades onde trabalham os profissionais participantes do estudo.

Tabela 7. Condições de emprego, trabalho e salário: gestão das unidades

A UBS onde você trabalha possui gerente?	n	%
Sim	290	88,1%
Não	13	4%
Não se aplica	26	7,9%
O gerente possui nível superior?		
Sim	248	75,4%
Não	19	5,8%
Não sei	23	7%
Não se aplica	36	11%
O gerente é enfermeiro?		
Sim	154	46,8%
Não	126	38,3%
Não sei	10	3%
Não se aplica	39	11,9%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

As condições de remuneração dos profissionais do Distrito Federal assumem uma particularidade relevante, considerando-se que o DF está acima da média de remuneração dos municípios brasileiros (SOUSA, 2022). Isso está refletido nos resultados do estudo, em que 56,8% (n=187) dos participantes afirmam ganhar mais de R\$ 9.000,00, acrescidos por adicional de insalubridade, recebido por 85,7% (n=282) dos profissionais. Essa remuneração alcança valores razoáveis no que tange à valorização financeira dos profissionais atuantes na APS do DF por ser aportada por gratificações previstas na legislação local, que partem da compreensão histórica da estruturação da APS no DF no sentido da necessidade de incentivar os profissionais a se fixarem no primeiro nível de atenção.

Tabela 8. Condições de emprego, trabalho e salário: remuneração

Renda mensal aproximada trabalhando em UBS/ESF	n	%
De R\$ 2001 a R\$ 3000	3	0,9%
De R\$ 3001 a R\$ 4000	6	1,8%
De R\$ 4001 a R\$ 5000	8	2,4%
De R\$ 5001 a R\$ 6000	3	1,8%
De R\$ 6001 a R\$ 7000	29	8,8%
De R\$ 7001 a R\$ 8000	21	6,4%
De R\$ 8001 a R\$ 9000	41	12,5%
Mais de R\$ 9000	187	56,8%
Menos de R\$ 2000	1	0,3%
Não se aplica	27	8,2%
Recebe adicional de insalubridade?		
Sim	282	85,7%
Não	21	6,4%
Não se aplica	26	7,9%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

A execução das práticas de enfermagem na APS possui relevante compreensão e efetivação por parte dos enfermeiros atuantes no DF. Exceto a atuação no controle social, o protagonismo na realização de práticas coletivas é substancial, desde a atuação no território até a gestão do processo de trabalho, a integração da rede de atenção à saúde com vistas à integralidade e as práticas de vigilância. Nesse âmbito de atuação, vale a reflexão sobre a maneira como a pandemia de covid-19 impactou as práticas de enfermagem na APS, desvelando dificuldades e acentuando fragilidades já existentes.

As práticas coletivas são percebidas de maneira plural pelos profissionais, refletindo também a relevância dos dados quantitativos no que diz respeito à afirmativa da execução de

tais atividades pelos enfermeiros e pelas enfermeiras. Um elemento muito presente nas narrativas está no âmbito da categoria “Vigilância e informação, educação e comunicação em saúde”, no tocante às atividades de educação em saúde, sobretudo acerca de doenças crônicas não transmissíveis.

Os grupos educativos são uma prática frequente, realizada por 60,5% (n=199) dos profissionais que responderam ao questionário quantitativo (SOUSA, 2022). São, portanto, objeto de atenção da enfermagem, em uma sinalização de reconhecimento da responsabilidade sobre a educação em saúde – o que também aparece atrelado à atuação multiprofissional, em parceria com os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) (SOUSA, 2022). Contudo, essa prática foi frontalmente afetada pela crise sanitária, algo sentido e relatado pelos enfermeiros participantes do estudo:

Grupo de hipertensos, diabéticos, de gestantes, o atendimento direcionado à parte educativa da gestante, criança. A gente tem grupo do idoso. A unidade básica tem uma equipe do NASF, que dá um suporte pra gente com essa questão de atividade em grupo, e a gente tem na unidade uma atuação muito boa junto com a comunidade na questão de atendimento educativo. (ENF_CO_002)

A gente tinha muitos grupos educativos, mas com essa pandemia infelizmente a gente deixou de fazer muita coisa em relação à promoção [de saúde], [...]. A gente tentou fazer umas lives aí, mas pra população é um pouco difícil, porque não tem internet, tem toda uma dificuldade no acesso. (ENF_CO_001)

As outras reuniões, não, era só o enfermeiro. [...] Mas do planejamento familiar era especificidade do enfermeiro, às vezes o colega estava de férias e você tinha que assumir. [...] aí sobrecarregava. A gente ficou fazendo quinzenal, dava muita gente, mas também não tinha como deixar de fazer. [...] Tem que fazer, porque o pessoal tá agendado e veio pra reunião. (ENF_CO_001)

Outro elemento que surgiu nas narrativas dos profissionais, também no âmbito de “Vigilância e informação, educação e comunicação em saúde”, diz respeito ao registro e acompanhamento do Bolsa Família, realizado por 47,7% (n=157) e 38,6% (n=127), respectivamente (SOUSA, 2022). A relativa baixa adesão dos profissionais à execução dessa prática se evidencia no discurso de uma das profissionais participantes do questionário qualitativo, havendo ao mesmo tempo percepção da importância da prática no sentido de promoção da equidade em saúde:

A maioria dos profissionais não gosta de trabalhar com Bolsa Família [...], que são as famílias mais vulneráveis. Aí o pessoal fala: “mas até do Bolsa Família tu gosta?”. Eu falei: “gente, na verdade, na estratégia se tem que atender os mais vulneráveis [...], a questão da equidade do SUS [...], você dá uma condição melhor pra você colocar eles no mesmo patamar dos demais”. [...] A Secretaria de Saúde já nos traz um mapa com essas pessoas, [...] então eu fazia um planejamento diferenciado pra elas [...], porque se a gente não tratar essas pessoas com diferença a gente não quebra esse ciclo da pobreza. (ENF_CO_007)

Tabela 9. Principais práticas coletivas

Atuação no território	n	%
Participa de territorialização, mapeamento e cadastro familiar	230	69,9%
Realiza visita domiciliar	223	67,8%
Realiza atenção domiciliar	224	68,1%
Gestão		
Participa das atividades de acolhimento	253	76,9%
Realiza classificação de riscos	217	66%
Participa da gestão das filas de espera	141	42,9%
Faz regulação das demandas na perspectiva de Redes de Atenção Integradas de Saúde	201	61,1%
Participa de reuniões de equipe	265	80,5%
Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe	215	65,3%
Participa do gerenciamento de insumos	163	49,5%
Integralidade da rede		
Acompanha e coordena o cuidado de usuários que estão em outros serviços da rede	168	51,1%
Realiza trabalhos interdisciplinares	167	50,8%
Articula com profissionais de outros níveis de atenção	189	57,4%
Conduz clínica ampliada/matriciamento	103	31,3%
Incorpora práticas de vigilância	198	60,2%
Identifica parceiros e recursos na comunidade para ações intersetoriais	143	43,5%
Outras atividades diversas de acordo com as prioridades locais	223	67,8%
Vigilância e informação, educação e comunicação em saúde		
Realiza busca ativa de internados na urgência/emergência	166	50,5%
Articula e participa de atividades de educação permanente e continuada	197	59,9%
Realiza educação em saúde individual	252	76,6%
Realiza ações de educação em grupo na unidade	199	60,5%
Realiza ações de educação em grupo na comunidade	121	36,8%
Registro no SIAB e no Bolsa Família	157	47,7%
Acompanha o SIAB e o Bolsa Família	127	38,6%
Realiza busca ativa	251	76,3%
Faz notificação compulsória	284	83,6%
Faz notificação de outras doenças, agravos, violências etc.	260	79%
Controle social		
Promove a mobilização da comunidade (conselhos/colegiados)	109	33,1%
Participa da organização dos movimentos	70	21,3%

sociais (conselhos locais)		
É membro de conselho de saúde	12	3,6%
Já foi membro de conselho de saúde	74	22,5%
É membro de associação de moradores no território	6	1,8%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

A baixa participação nas instâncias de controle social e o reduzido incentivo à mobilização da comunidade revelam o esvaziamento do sentido de coletividade e o distanciamento dos primórdios do SUS com a participação popular, quando a enfermagem foi protagonista. O DF possui instâncias de controle social estruturadas, como o Conselho de Saúde do Distrito Federal e Conselhos Regionais de Saúde. A existência de conselhos locais não é tão presente, mas os espaços comunitários existem e são ativos na reivindicação da saúde como direito.

Dentre as práticas individuais, aquelas que dizem respeito à atuação no território são predominantemente planejadas, realizadas e supervisionadas pelos enfermeiros – à exceção do Programa Saúde na Escola (PSE), sobre o qual 53,8% (n=177) dos profissionais selecionaram a resposta “não se aplica”, demonstrando a não execução do programa nas localidades onde atuam (SOUSA, 2022). A atuação em outros espaços da comunidade também recebeu baixa aplicabilidade na resposta dos profissionais, sendo que para 40,4% (n= 133) essa atividade “não se aplica” (SOUSA, 2022).

Tabela 10. Principais práticas individuais: atuação no território

Visita domiciliar	n	%
Supervisiona	4	1,2%
Realiza e supervisiona	6	1,8%
Realiza	19	5,8%
Planeja, realiza e supervisiona	179	54,4%
Planeja e supervisiona	6	1,8%
Planeja e realiza	46	14%
Planeja	6	1,8%
Não se aplica	63	19,1%
Programa Saúde na Escola		
Supervisiona	5	1,5%
Realiza e supervisiona	5	1,5%
Realiza	15	4,6%
Planeja, realiza e supervisiona	76	23,1%
Planeja e supervisiona	3	0,9%
Planeja e realiza	32	9,7%
Planeja	16	4,9%
Não se aplica	177	53,8%
Ações em outros espaços da comunidade		
Supervisiona	4	1,2%
Realiza e supervisiona	4	1,2%

Realiza	24	7,3%
Planeja, realiza e supervisiona	99	30,1%
Planeja e supervisiona	3	0,9%
Planeja e realiza	41	12,5%
Planeja	21	6,4%
Não se aplica	133	40,4%
Acolhimento		
Supervisiona	11	3,3%
Realiza e supervisiona	20	6,1%
Realiza	43	13,1%
Planeja, realiza e supervisiona	164	49,8%
Planeja e supervisiona	13	4%
Planeja e realiza	28	8,5%
Planeja	3	0,9%
Não se aplica	47	14,3%
Classificação de risco		
Supervisiona	7	2,1%
Realiza e supervisiona	19	5,8%
Realiza	59	17,9%
Planeja, realiza e supervisiona	133	40,4%
Planeja e supervisiona	10	3%
Planeja e realiza	31	9,4%
Planeja	5	1,5%
Não se aplica	65	19,8%
Plano de cuidados para pessoas com condições crônicas		
Supervisiona	4	1,2%
Realiza e supervisiona	5	1,5%
Realiza	28	8,5%
Planeja, realiza e supervisiona	177	53,8%
Planeja e supervisiona	3	0,9%
Planeja e realiza	42	12,8%
Planeja	10	3%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

O plano de cuidados para pessoas com condições crônicas aparece na narrativa dos profissionais, guardando relações com a conformação histórica, cultural e social do território. Sendo planejada, realizada e supervisionada por 53,8% (n=177) dos profissionais que responderam ao questionário quantitativo (SOUSA, 2022), a epidemiologia de doenças crônicas no território é compreendida sob o prisma da determinação social do processo saúde-doença, bem como sua concentração se relaciona com a estruturação territorial:

Essa cidade foi formada na época do governador [NOME], então são aqueles loteamentos que o governo fez. Para ganhar ponto pra classificar, pra ganhar os lotes, quem era hipertenso ganhava mais ponto, diabético, quem tinha deficiência, quem tinha algum problema psiquiátrico. Então, imagina, a casa que você não tem diabético, você tem um hipertenso, ou você tem uma pessoa que tem alguma comorbidade psiquiátrica [...], ou tem casa que você acha tudo. Então vocês imaginam o número de receitas que a gente tem pra renovar. (ENF_CO_007)

As práticas gerenciais relativas ao processo de trabalho são bem-estabelecidas enquanto práticas de enfermagem para os enfermeiros atuantes na APS do DF, sendo a maioria executada “frequentemente”. A implementação dos protocolos e fluxos mostra ser substancial para esses profissionais no DF, como demonstram a resposta de 58,4% (n=180) dos profissionais afirmando implementá-los frequentemente (SOUSA, 2022) e a percepção dos entrevistados sobre a necessidade e a importância de tais instrumentos na execução do trabalho e no asseguramento de autonomia da atuação profissional na satisfação das demandas de saúde da população.

Tabela 11. Principais práticas individuais: gestão da UBS

Realiza e/ou supervisiona acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos	n	%
Raramente	17	5,2%
Nunca	3	0,9%
Frequentemente	223	67,8%
Eventualmente	41	12,5%
Não se aplica	45	13,7%
Supervisiona as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e do ACS		
Raramente	6	1,8%
Nunca	3	0,9%
Frequentemente	233	70,8%
Eventualmente	42	12,8%
Não se aplica	45	13,7%
Implementa e mantém atualizados rotinas, protocolos, fluxos relacionados à sua área de competência na UBS		
Raramente	23	7%
Nunca	2	0,6%
Frequentemente	180	58,4%
Eventualmente	67	20,4%
Não se aplica	45	13,7%
Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas por técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS/ACE em conjunto com outros membros da equipe		
Raramente	17	5,2%
Nunca	6	1,8%
Frequentemente	197	59,9%
Eventualmente	64	19,5%
Não se aplica	45	13,7%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

Essa questão protocolar reflete nas práticas assistenciais, cuja avaliação e descrição dos

enfermeiros permite verificar que estão consolidadas através dos fluxos e protocolos estabelecidos institucionalmente no Distrito Federal. À exceção da sala de vacina, que possui no DF a especificidade de ser supervisionada por responsável técnico designado especificamente à função, as práticas individuais de assistência, que compreendem a consulta de enfermagem, a realização de curativos, a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos, são executadas com frequência e reconhecidas pelos profissionais como parte essencial de sua autonomia, além de fator de resolutividade em sua atuação para benefício da comunidade (SOUSA, 2022).

A consolidação dos protocolos dialoga com a execução das principais práticas assistenciais no âmbito da assistência, o que se expressa com veemência no discurso dos profissionais entrevistados. A consulta de enfermagem, feita diariamente por 76,6% (n=252) dos respondentes do questionário quantitativo, estão distribuídas entre os públicos-alvo dos programas de saúde, bem como abarcam o atendimento a diversas demandas agudas por meio do atendimento à demanda espontânea (SOUSA, 2022) – a qual o enfermeiro possui autonomia e salvaguarda técnica para manejar, através dos protocolos:

Eu faço atendimento à demanda espontânea, a gente tem aqueles protocolos do enfermeiro daqui da SES de demanda espontânea, [...] tem vários agravos na Atenção Primária que o enfermeiro atende e isso já está protocolado na SES, isso deu muita autonomia pra gente. (ENF_CO_001)

A organização das práticas individuais assistenciais se mostra variável entre os profissionais, mostrando o reflexo da conformação histórica da APS no Distrito Federal e de sua planificação recente, adotando a ESF como modelo geral. É possível perceber que a pluralidade das práticas, o foco comunitário e a promoção da saúde estão presentes; contudo, ainda permanece a compreensão fragmentada de uma APS seletiva em algumas localidades:

Além das gestantes, tem o Crescimento e Desenvolvimento (CD), a criança. [...] A gente tem que estar monitorando agora a questão das vacinações, que também está requerendo muita demanda pra gente, porque, em consequência da pandemia, muitas mães deixaram de trazer os filhos nas unidades pra vacinar, então a busca ativa ficou muito mais intensa agora. Isso já foi até questionado, porque a taxa de vacinação reduziu muito do que há um ano, das vacinas no calendário, então é outro grupo também que está requerendo muita atenção, que é o grupo da criança. (ENF_CO_002)

Então, assim, preestabelecido segunda-feira por exemplo, demanda livre. Demanda livre é o seguinte: chegou os dez primeiros, a gente atende de manhã, e os outros dez à tarde. Só as urgências a gente deixa dois espaços, duas vagas. Neste contexto a gente atende de tudo, demanda aberta, crianças, jovens, idosos, gestantes, caso de uma certa urgência, porque gestante é especificamente na quinta-feira, é o grupo de gestante. Nas quartas-feiras é dia de vacina, então toda quarta a gente

vacina, e os outros dias têm demanda aberta. [...] Pra ficar um negócio bem combinado, pra não ficar aquela mesclagem, sem sentido. (ENF_CO_003)

Tabela 12. Principais práticas individuais: assistência

Consulta de enfermagem	n	%
Diariamente	252	76,6%
Entre uma e duas vezes/semana	2	0,6%
Eventualmente	5	1,5%
Três ou mais vezes/semana	22	6,7%
Nunca	2	0,6%
Não se aplica	46	14%
Supervisão de sala de vacina		
Diariamente	33	10%
Entre uma e duas vezes/semana	35	10,6%
Eventualmente	114	34,7%
Três ou mais vezes/semana	15	4,6%
Nunca	86	26,1%
Não se aplica	46	14%
Curativos		
Diariamente	108	32,9%
Entre uma e duas vezes/semana	46	14%
Eventualmente	40	12,2%
Três ou mais vezes/semana	66	20,1%
Nunca	2	0,6%
Não se aplica	46	14%
Solicitação de exames		
Diariamente	250	76%
Eventualmente	6	1,8%
Três ou mais vezes/semana	23	7%
Nunca	4	1,2%
Não se aplica	46	14%
Prescrição de medicamentos		
Diariamente	7	2,1%
Entre uma e duas vezes/semana	19	5,8%
Eventualmente	59	17,9%
Três ou mais vezes/semana	133	40,4%
Nunca	10	3%
Não se aplica	31	9,4%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

A percepção da resolutividade do trabalho é majoritária para os enfermeiros atuantes na APS do DF, o que reflete o sentido do trabalho, o empoderamento da autonomia profissional e a consolidação das práticas de enfermagem na APS enquanto asseguradoras do acesso da população à saúde. Pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, planejamento reprodutivo e atendimento às condições crônicas – como diabetes e hipertensão – e a agravos transmissíveis e negligenciados, como tuberculose e hanseníase, possuem atuação tida como suficientemente resolutiva pelos profissionais (SOUSA, 2022). Dados disponibilizados pela SES-DF

demonstram que, até maio de 2023, enfermeiros e enfermeiras atuantes na APS do DF já haviam realizado 733.537 atendimentos individuais, de acordo com os registros do sistema informatizado utilizado pela APS, o e-SUS (DISTRITO FEDERAL, 2023c).

Tabela 13. Compreensão sobre as práticas profissionais e o processo de trabalho: percepção da resolutividade

Realização de consultas pré-natal	n	%
Suficiente	269	81,8%
Insuficiente	14	4,3%
Não se aplica	46	14%
Acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil		
Suficiente	252	76,6%
Insuficiente	31	9,42%
Não se aplica	45	13,9%
Planejamento familiar		
Suficiente	219	66,6%
Insuficiente	64	19,5%
Não se aplica	46	14%
Hanseníase		
Suficiente	163	49,8%
Insuficiente	119	36,2%
Não se aplica	46	14%
Tuberculose		
Suficiente	180	54,7%
Insuficiente	103	31,3%
Não se aplica	45	13,9%
Hipertensão arterial		
Suficiente	211	64,4%
Insuficiente	71	21,6%
Não se aplica	46	14%
Diabetes		
Suficiente	212	64,7%
Insuficiente	70	21,3%
Não se aplica	46	14%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

A prioridade dada pelos profissionais às ações foi classificada de 1 a 5, sendo 1 a menor prioridade atribuída à prática e 5, a maior. Apesar dos atravessamentos da pandemia de covid-19, o atendimento agendado dos usuários ainda ocupa 45,3% (n=149) da maior prioridade, ao lado do atendimento ao usuário por demanda espontânea, que é máxima prioridade para 52,6% (n=173) (SOUSA, 2022). Chama atenção o quanto as atividades educativas são consideradas de menor prioridade para os profissionais, sendo a educação permanente máxima prioridade apenas para 22,2% (n=73) dos profissionais e a educação em saúde, para apenas 7,4% (n=90) dos

enfermeiros da Atenção Primária do DF (SOUSA, 2022).

O dado relacionado à educação em saúde, quando confrontado com a prioridade do atendimento individual, revela uma defasagem quanto ao entendimento do papel educativo do enfermeiro em seu atendimento. A cobrança pela produtividade impõe o tecnicismo e o automatismo da prática, desvelando o quanto a precarização do trabalho reflete na qualidade da assistência, no sentido do trabalho e na percepção de práticas inerentes ao exercício do cuidado. Refletir sobre esse aspecto sob o ponto de vista do sentido do trabalho é ainda mais sensível, pois os dados do estudo e as narrativas dos profissionais demonstram tanto a realização de atividades coletivas de educação em saúde quanto a notoriedade da prática pelos profissionais – entretanto, ao se verificar a prioridade atribuída, nota-se um contraditório.

Tabela 14. Compreensão sobre as práticas profissionais e o processo de trabalho: prioridade das ações

Gestão de equipe e unidade	n	%
1	18	5,5%
2	2	6,1%
3	64	19,5%
4	84	25,5%
5	97	29,5%
Não se aplica	46	14%
Atendimento ao usuário por agendamento		
1	21	6,4%
2	14	4,3%
3	33	10%
4	66	20,1%
5	149	45,3%
Não se aplica	46	14%
Atendimento ao usuário por demanda espontânea		
1	16	4,9%
2	11	3,3%
3	16	4,9%
4	67	20,4%
5	173	52,6%
Não se aplica	46	14%
Educação permanente		
1	32	9,7%
2	27	8,2%
3	85	25,8%
4	66	20,1%
5	73	22,2%
Não se aplica	46	14%
Educação em saúde		
1	23	7%
2	26	7,9%

3	74	22,5%
4	70	21,3%
5	90	27,4%
Não se aplica	46	14%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

A percepção dos profissionais do DF sobre autonomia e contribuição à melhoria das condições de saúde da população é majoritária; 68,7% (n=226) afirmam não ter dificuldades relacionadas ao exercício da autonomia (SOUSA, 2022). Isso reflete diretamente o discurso dos profissionais, que reconhecem sua autonomia e liderança frente à equipe:

A equipe de Saúde da Família dá ao enfermeiro coordenador muita autonomia. [...] Na Atenção Primária, o coordenador, que é o enfermeiro, é o elemento fundamental da equipe e tem toda autonomia para desenvolver as atividades. Eu, particularmente, não tenho nenhuma dificuldade com relação a essa questão de conseguir atuar em uma ou outra atividade. [...] O enfermeiro é o “ponto-chave” mesmo, está à frente, porque é ele que coordena os programas. [...] A única questão que a gente não tem autonomia é com relação a alguns medicamentos que não estão padronizados na atenção que o enfermeiro pode prescrever, [...] e na questão de atestado mesmo, médico. [...] Mas existe uma gama de medicamentos que a gente pode prescrever. Hoje é muito difícil você fazer um atendimento e não ter autonomia de encerrar ele até o final. (ENF_CO_002)

Eu acho que a Atenção Básica é a cara do enfermeiro, [...] então, se a gente conseguir organizar o trabalho, dá tudo muito certo. E eu me ponho como coordenadora; às vezes o gerente, supervisor da unidade, quer fazer algumas mudanças, eu falo: “não, na minha equipe ninguém mexe”. Eu sou coordenador, o Ministério da Saúde disse que eu sou coordenador desse negócio aqui, então a gente tem que se impor mesmo. (ENF_CO_007)

Não obstante, os 17,3% (n=57) que consideram ter dificuldades relacionadas à autonomia também estão representados em narrativa acerca de tal percepção (SOUSA, 2022). Isso se deve sobretudo ao entrave no tocante à condução de atendimentos não protocolados, que torna a autonomia do enfermeiro limitada e sua atuação atrelada e até dependente do profissional médico – ainda que existam prerrogativas de atuação previstas em protocolos normatizados, mesmo que não direcionados especificamente para a demanda, ou normativas autárquicas concernentes à pauta:

Acho que está faltando essa autonomia pro enfermeiro, sabe? Está protocolado? Está. Então isso aí eu acho que a gente está pecando nessa área. [...] E não é confortável, eu não acho confortável pra mim, porque, se eu avaliei o paciente [...] e no final eu passo o paciente pra ele, eu sinto que não concluí, não fui resolutiva pra mim, eu perdi a minha resolutividade. (ENF_CO_001)

Tem a questão da Farmácia Popular que atrapalha bastante [...], não aceita a assinatura do enfermeiro. Às vezes [...] tá no protocolo que a gente pode renovar, mas chega na Farmácia Popular e o paciente não consegue retirar a medicação, e

aí precisa da assinatura do médico. (ENF_CO_004)

Outro elemento que surge nas narrativas e diz respeito à interpretação sobre a autonomia profissional é o reconhecimento de que as práticas executadas pelos enfermeiros na Atenção Primária estão atribuídas à competência técnica e científica, ao preparo teórico e prático, à capacidade de resolutividade e à centralidade desse profissional na ESF. Entretanto, existe ainda, tanto popularmente quanto entre os próprios profissionais, a compreensão equivocada, decorrente da cultura biomédica e médico-centrada, de que as atividades que executam são voltadas a preparar o usuário para a atuação de outrem ou atribuídas ao favor de outra categoria de permitir que a enfermagem exerça seu saber técnico e científico – o que não é verdade:

Na maioria das equipes, só enfermeiro que faz essa parte ginecológica, o médico deixa com o enfermeiro, eles já não gostam. (ENF_CO_004)

As contradições na percepção dos profissionais sobre sua autonomia se expressam também nos dados, quando observamos que o empoderamento profissional é confrontado com a afirmativa de que 69% (n=227) dos profissionais não executam outras práticas legais normatizadas no âmbito da APS (SOUSA, 2022). Isso pode revelar que os enfermeiros participantes do estudo entendem que seu trabalho é executado apenas dentro do que preveem os protocolos institucionais da SES-DF, quando, na verdade o cotidiano do trabalho propicia uma extensa gama de práticas executadas a partir de tecnologias leves que estão dentro do previsto enquanto prática profissional, mas não são reconhecidas pelos próprios executores por não estarem explicitamente descritas nos instrumentos e normativas que consideram como balizadores de seu exercício profissional na rotina das unidades de saúde.

A estafa, o adoecimento laboral, o aumento da demanda de trabalho, o desgaste nas relações e a exploração do trabalho em um âmbito global de avaliação das condições laborais enquanto classe – não apenas enquanto categoria profissional – podem explicar o motivo dessa percepção restrita quanto às próprias atribuições. É comum o contato com a rejeição dos profissionais a práticas concernentes ao seu rol laborativo, legalmente normatizadas, mas tidas como uma atribuição adicional por não constituírem protocolos e fluxos institucionalmente estabelecidos, ou por serem diferenciais quando comparadas com a demanda clínica e tecnicista do cotidiano do trabalho.

Essa perda do sentido do trabalho é um sintoma do recrudescimento da exploração e da automatização do trabalho, uma cultura desmobilizadora e desmotivante que reduz o envolvimento do indivíduo e prejudica a qualidade de vida do profissional e do paciente. Sob o ponto de vista da saúde, essa também é uma perspectiva redutora do sentido da saúde

enquanto amplo espectro de bem-estar.

No tocante à resolutividade, expressa no questionamento sobre a contribuição para a melhoria das condições de saúde da população, a grande maioria dos profissionais, constituindo 83% (n=273) dos participantes, afirma considerar que tem contribuído (SOUSA, 2022). A maneira como isso se evidencia na percepção dos profissionais, por meio de suas narrativas acerca do cotidiano do trabalho, revela não apenas o reconhecimento, mas a grande identificação que possuem com o trabalho e o senso de responsabilização sanitária e apropriação do papel da enfermagem sobre o desenvolvimento das práticas de saúde no nível de atenção que configura a principal porta de entrada do usuário ao serviço.

É possível notar que os profissionais reconhecem esse papel desde a organização do processo de trabalho e gestão da equipe, através de modelos efetivos de liderança, até o trabalho em rede e a compreensão do contexto socio-sanitário e biopsicossocial da população do território, com vistas ao trabalho resolutivo:

Na Atenção Básica o enfermeiro tem muita voz, [...] ele tem um poder de resolutividade que muitos colegas desconhecem, essa parte eu fico triste, [...], nós somos o coordenador, dera-se uma responsabilidade e exaltaram o enfermeiro na Atenção Básica. (ENF_CO_007)

Primeiramente, o conjunto de liderança, naturalmente a gente tem que ter, se você não tiver, você fica um “jogado”. O espírito de liderança é mais democrático, não ser autoritário, respeitar as opiniões, fazer sempre o colegiado, fazer reuniões, nesse sentido. Me identifico demais com a população, porque já tô há um certo tempo, tornou um vínculo consistente, então isso favorece a aproximação mais das pessoas, resolver os problemas de um modo geral, não é só sobre doença em si, se você ver as pessoas têm muitos problemas psicológicos e sociais. Então torna-se um conjunto polivalente que tenta fazer o melhor possível. [...] Se você fizer uma estatística [...], dificilmente chega num pronto socorro; não chega porque é um paciente bem-orientado, um paciente bem-assistido [...]. Em todos os sentidos. Então a gente tá fazendo uma [...] programação adequada [...], é um trabalho que tá sendo introduzido de uma forma consistente, que o povo tá satisfeito. (ENF_CO_003)

Tabela 15. Outras percepções sobre as práticas profissionais

Exerce outras atribuições conforme legislação profissional (COFEN) e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação?	n	%
Sim	56	17%
Não	227	69%
Não se aplica	46	14%
Tem dificuldade no exercício de suas práticas na UBS/ESF quanto à autonomia de suas responsabilidades normativas legais?		
Sim	57	17,3%
Não	226	68,7%

Não se aplica	46	14%
Considera que está contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população?		
Sim	273	83%
Não	10	3%
Não se aplica	46	14%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

Toda a compreensão dos profissionais e o sentido de seu trabalho foram inevitavelmente atravessados pela pandemia de covid-19, assim como suas práticas. Declarada em março de 2020, a emergência sanitária impôs a completa modificação da rotina do trabalho, com vistas à contenção da propagação do novo vírus SARS-CoV-2. No Brasil, a crise sanitária se somou a duas outras já em curso: política e econômica (FONSECA; FORNARI; LOURENÇO, 2020):

Mais que um agravo biológico provocado por um vírus, a pandemia da COVID-19 deve ser compreendida como um fenômeno histórico-social, reflexo da organização político-econômica e sanitária vigente no século XXI e fruto do avanço do capitalismo às custas do acirramento das condições de exploração do sistema ecológico e social, com evidente piora das condições de vida da maior parte da população do planeta. Nesse contexto, instalado o agravo, evidenciou também as fragilidades e potencialidades dos sistemas de atenção à saúde para o enfrentamento desse problema de caráter mundial. [...] O que a pandemia tem provocado é uma crise social sem precedentes, fruto da alquimia das crises econômica, política e sanitária, acarretando graves consequências para a qualidade de vida e saúde dos grupos historicamente desfavorecidos como os pobres, pretos, mulheres, idosos, indígenas, crianças, ou seja, a maioria subjugada do mundo neoliberal. (FONSECA; FORNARI; LOURENÇO, 2020, p. 4-5)

Embora seja um agente biológico, o SARS-CoV-2 protagonizou uma relação específica entre elemento biológico e fatores sociais, sendo que a transformação genômica do vírus, a transmissão, a capacidade infecciosa e a deterioração do sistema imune de cada indivíduo receberam influência de fatores socialmente determinados, que fizeram da pandemia um fenômeno complexo, multidimensional e determinado histórica e socialmente. A origem da pandemia pode ser localizada na expansão de territórios de maneira irresponsável em relação à manutenção dos ecossistemas, configurando uma ampliação baseada na espoliação do meio ambiente (FONSECA; FORNARI; LOURENÇO, 2020).

Para mais, o acometimento pela doença vitimou muito mais as classes subordinadas a modos de vida vulnerabilizados com base na exploração do trabalho e precarização das condições de vida, além da exacerbação de fatores individuais – como exposição e contato, comorbidades, desnutrição e conversão de processos fisiológicos em patológicos – em razão do arcabouço de vida das pessoas, estruturado sob os fatores psicossociais (FONSECA; FORNARI; LOURENÇO, 2020).

Levando-se em conta que integra a rede assistencial a partir do enfoque comunitário e territorial, a APS é de suma importância para o enfrentamento de eventos epidemiológicos como a covid-19. Ela abarca o conhecimento da população e suas vulnerabilidades com vistas às ações de promoção, prevenção e cuidado individual e coletivo, uma vez que sua essência é a imersão na realidade (FONSECA; FORNARI; LOURENÇO, 2020). Experiências epidêmicas anteriores no Brasil já comprovaram o relevante papel que a ESF desempenha no enfrentamento de emergências epidemiológicas, como ocorre reiteradamente com a dengue e como ocorreu com a zika e a chikungunya – doenças que, embora de menor proporção em relação à covid-19, também podem ser encaradas sob o prisma da determinação social em escala multitudinária no que tange à provocação de emergências socio sanitárias (FONSECA; FORNARI; LOURENÇO, 2020).

A APS possui inquestionável capacidade de adaptação dos processos de trabalho, com vistas a compatibilizar o atendimento à realidade; entretanto, o que ocorreu na covid-19 foi o menosprezo do primeiro nível de atenção, privilegiando-se os serviços ambulatoriais e hospitalares a partir de investimentos públicos e privados. A consequência foi a supressão da capacidade longitudinal, coletiva e territorial da APS, incluindo-se os equívocos nas orientações sanitárias sobre isolamento social, o que contribuiu para que situações de fácil manejo precoce progredissem para maior complexidade de maneira desassistida, além da suspensão de atividades territoriais e da reiterada desassistência à população (FONSECA; FORNARI; LOURENÇO, 2020).

Não obstante, os atributos da APS impõem a demonstração de sua força e de suas potencialidades, o que se expressou no contexto pandêmico pela inevitabilidade de que a rede de saúde passasse a ser coordenada pela APS, a partir da referência dos casos graves após o primeiro atendimento na porta de entrada; além disso, as ações de vigilância, monitoramento e vacinação foram inexoravelmente concentradas pela Atenção Básica.

A APS mostrou sua relevância, mas não sem sacrifício da saúde mental e física dos profissionais, em decorrência da priorização de um modelo de gestão da crise sanitária que replicou o modelo de saúde em disputa: hospitalocêntrico, fragmentado e mercantilizado. Não se fez prevenção e promoção da saúde quando já havia condições para tal – recrudescendo-se defasagens já impostas por políticas de austeridade cujo alvo foi intensamente a saúde pública:

[...] a prioridade dada à esfera econômica, a fragilização dos sistemas públicos de saúde, de assistência social e previdência, a relativização da gravidade da pandemia e a não adesão às medidas de prevenção, a disseminação de informações falsas na mídia, a presença de comunidades pobres, com reduzido acesso à água tratada, saneamento e estrutura e renda, que além de agravar a pandemia por facilitar a transmissão do vírus, ainda inviabilizam ou dificultam as medidas de prevenção e tratamento.

(FONSECA; FORNARI; LOURENÇO, 2020, p. 7)

Este estudo, por certo, não previu a ocorrência da pandemia de covid-19, mas não deixou de abrir espaço para que os profissionais manifestassem suas percepções em relação a cada elemento investigado acerca de suas práticas. Sobre as atividades executadas, é interessante perceber a mudança de padrão e a influência que a novidade de uma doença manejada ao mesmotempo que se descobria a maneira certa de conduzi-la teve na autonomia da enfermagem e nas possibilidades de execução de suas aptidões técnicas e clínicas:

Agora, com a covid, muitos enfermeiros que não iam pra vacina estão indo. [...] E agora tem o “covidário”. [...] Infelizmente, a gente não tem o respaldo ainda, eu acho importante a gente ter, porque a gente atende praticamente igual ao médico. (ENF_CO_001)

Eu acho que a gente adquire mais reconhecimento na medida que as pessoas percebem o conhecimento que você tem [...] pro atendimento e [...] a atenção que você fornece pro paciente. [...] Tem a autonomia, também, é importante, porque se a gente não tem autonomia o paciente também não vai valorizar da mesma forma. (ENF_CO_004)

Algumas práticas de enfermagem que precisam ser revistas, a gente consegue ver aí hoje com relação à imunização, com relação a algumas técnicas mesmo do serviço de enfermagem, mas a nossa preocupação hoje é que essa pandemia acabando a gente retome as atividades de rotina da Atenção Primária, pra melhor assistência [...]. Mas a visão que nós temos hoje é que, quando passar essa pandemia, a gente retome a assistência de forma mais integrada [...]. A tendência é que melhore, eu acho que quando voltar, a assistência retomar, a gente pode ter uma população mais assistida, porque realmente tem muita coisa que está ficando a desejar, por causa dessa prioridade. (ENF_CO_001)

A maneira como a pandemia influenciou a organização do processo de trabalho e o volume laboral dos profissionais também se manifesta nas narrativas, que denotam a sobrecarga e a insatisfação, além do medo inicial:

Nossa, muito estressante. Então, primeiro é uma doença que você não sabe como lidar. [...] A gente não tinha vacina inicialmente, então o medo da contaminação. Exposição ocupacional, [...] muito sobrecarregada. O hospital não recebe mais casos porta aberta de covid, só atendem paciente que vem referenciado, e, pra ele ser referenciado, precisa vir pra unidade básica, então a unidade básica pegou meio que esse papel da emergência. O covid trouxe outros papéis pra Atenção Primária, essa demanda espontânea virou emergência, que não é uma demanda espontânea da Atenção Primária. [...] E aí a gente descaracteriza um pouco a Atenção Primária, o cenário começa a mudar. (ENF_CO_001)

É complicado, porque chega um momento que eu disse “acho que eu não tô mais gostando de trabalhar aqui”, eu e meus colegas. Depois a gente sentou e pensou “não, eu não gosto de fazer essas coisas, porque no dia que eu tô fazendo pré-natal eu tô feliz, o dia que tô no covidário eu tô chorando”, então alguma coisa tá errada. (ENF_CO_001)

É bastante cansativo, bastante exaustivo [...] o atendimento por covid, porque a gente fica [...] todo paramentado, então bebe pouca água, [...] às vezes não consegue sair

pra lanchar, pra ir ao banheiro. Eu tive quatro infecções urinárias durante a pandemia, por conta [...] dessas coisas. (ENF_CO_004)

O modo como as mudanças impostas pela pandemia alteraram o perfil da APS e os possíveis impactos disso no alcance da ESF, na promoção da saúde e na prevenção de agravos, bem como nos aspectos epidemiológicos e psicossociais dos territórios, também são reconhecidos pelos profissionais. Não obstante, as narrativas também evidenciam o compromisso de enfermeiras e enfermeiros atuantes na APS do DF de não descaracterizar a ESF, bem como o esforço para garantir à população o acesso adequado – dentro das limitações impostas – à principal porta de entrada do SUS:

O covid tá aí, a gente sabe que a gente tá vivendo uma pandemia, mas a gente não pode esquecer esse outro lado. A médica que trabalha comigo fala: “o pessoal fica aí falando que a gente não é mais Estratégia, mas a [NOME] não deixa a gente, ela disse que a nossa equipe vai morrer Estratégia”. [...] Porque a gente sabe que a gente tá em meio a uma pandemia, mas que a gente vai pagar um preço muito alto por esse outro serviço não tá sendo feito. (ENF_CO_007)

Esse processo de trabalho, quando a gente for repensar, vai ser meio árduo. Nós já tínhamos uma comunidade que era muito afetada por muita depressão, muita ansiedade e, após a pandemia, a gente vai ter que abrir um leque maior em relação à saúde mental. [...] As pessoas estão muito adoecidas, tem muita gente sem trabalho. Nós temos percebido que muitas pessoas estão tendo maior dificuldade financeira, tem muita gente passando fome. Nós levamos três cestas básicas para algumas famílias e teve uma mulher que chorou tanto. Esse recomeço a gente vai ter que repensar muito, porque as necessidades básicas não estão sendo atendidas. (ENF_CO_007)

Apesar dos desafios da pandemia, do recrudescimento da precarização do trabalho, da negligência à APS e da descaracterização da ESF em decorrência da priorização da lógica de saúde hospitalocêntrica em detrimento da prevenção e promoção da saúde, a enfermagem protagonizou um importante movimento unificado em prol de valorização. Unificada através da liderança de sindicatos, federações, conselhos e entidades estudantis, a categoria de enfermagem se mobilizou nas ruas, nas redes sociais, nas casas legislativas e nos locais de trabalho, evidenciando seu protagonismo durante a pandemia e, também, o quanto as condições deletérias de trabalho estavam impactando a enfermagem brasileira.

Até o dia 22 de junho de 2023, o Brasil contabilizou 703.719 óbitos decorrentes da covid-19 (BRASIL, 2023). De acordo com a pesquisa “Profissionais da saúde e a covid-19 no Brasil”, encomendada pela Internacional de Serviços Públicos na ausência de monitoramento realizado pelo então governo brasileiro, 4,5 mil profissionais de saúde morreram com a pandemia no país; destes, 70% eram técnicos e auxiliares de enfermagem e 24%, enfermeiros.

Ao

mesmo

tempo

que os profissionais ganhavam a narrativa pública e o reconhecimento de seu sacrifício, incluindo ações populares simbólicas como projeções nas cidades, homenagens nas redes sociais e aplausos nas janelas durante o isolamento social, também se espalhavam as notícias de profissionais agredidos em transporte público e nos seus locais de trabalho, proibidos de circular nos ambientes comuns de locais de moradia e repudiados nos comércios. A rejeição social se somou às condições precárias de trabalho, impondo aos profissionais o adoecimento laboral e, também, o sentimento de desvalorização:

Tem pessoas que parece que pioraram ainda mais, a questão da [...] falta de educação, da falta de paciência, a gente sofre muito quando falta material, falta material pra coleta de exame por exemplo, os pacientes [...] acabam descarregando toda a raiva em cima da equipe [...], que não [...] tem culpa do que tá acontecendo também. Também é a vítima ali, tem os dois lados. (ENF_CO_004)

Ao passo que a estatística de profissionais de saúde mortos pela pandemia crescia, a motivação do aumento de óbitos se evidenciava: falta de coordenação central da gestão da pandemia; escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), atraso na imunização e piora das condições históricas de sucateamento pelas quais já passavam as unidades do sistema público de saúde. A política do governo federal esteve centrada na construção de narrativas que feriam a organização do sistema de saúde, produzindo uma guerra discursiva que acentuou o adoecimento e ampliou as iniquidades sociais (SOUZA *et al.*, 2020).

Diante desse contexto, a enfermagem foi a única categoria que se organizou para estar nas ruas, como historicamente o faz a classe trabalhadora, no dia 1º de maio de 2020, quando um grupo de enfermeiras e enfermeiros do Distrito Federal ganhou a mídia nacional e internacional pelo ato simbólico e silencioso na Praça dos Três Poderes, em Brasília, em protesto à morte de colegas e ao descaso com a gestão da pandemia pelo governo brasileiro, então sob liderança de Jair Bolsonaro.

Esse ato, seguido pela vigília de luto pelos colegas em 12 de maio – Dia Internacional da Enfermagem – do mesmo ano e pela marcha nacional, em Brasília, no dia 5 de agosto de 2021, dentre diversas outras mobilizações nos estados e municípios ao longo dos últimos três anos, marcou a luta da enfermagem por respeito, valorização e dignidade salarial. O histórico da carência de dignidade da enfermagem brasileira data de mais de 30 anos, e, ao longo de gerações, essa vitória foi impedida pelas negociatas que favorecem o lucro do empresariado da saúde e submetem o SUS ao sucateamento e ao desmonte.

Nos últimos anos, enfrentando a pandemia de covid-19, a enfermagem não apenas foi vista por sua centralidade no funcionamento da saúde brasileira, desde a prevenção e promoção da saúde até a assistência e reabilitação, como também

foi reconhecida por seu potencial de luta:

O pessoal acha que eu tenho um poder [...], eu acho importante porque eles [...] realmente respeitam, mas pelo fato de saber que eu trabalho. Então, com o trabalho, a gente tem um reconhecimento. A gente acha que não, mas tem. (ENF_CO_007)

O que a enfermagem pode fazer, evoluir e ser um pouquinho mais reconhecida. Precisou-se de uma pandemia, precisou de uma catástrofe, precisou de perda de muitas pessoas pra alguém, um pouco só, não digo tanto que é [...] o suficiente, pra entender que a enfermagem é um grupo de pessoas preparadas, que tem todo um potencial, mas que, infelizmente, não chegou ao ponto ideal merecidamente. [...] Eu creio que, com o tempo, [...] dependendo das entidades, que eu acho têm que ser mais ativas, e o próprio profissional em si, porque ninguém sabe o que que calado quer. Você tem que fazer a propaganda, você tem que mostrar o trabalho. Para as pessoas verem e reconhecerem e dar o seu valor adequado. (ENF_CO_003)

A projeção da mobilização unificada da categoria no período pandêmico constitui o resultado do progresso da consciência da enfermagem acerca de sua força coletiva e da consciência social sobre sua notabilidade no cuidado à população. O resultado da mobilização foi a aprovação do Projeto de Lei nº 2.564/2020 nas casas legislativas federais e a sanção presidencial, tornando a Lei nº 14.434/2022, que regulamenta o piso salarial, expoente dessa luta – apesar de a implantação do direito conquistado enfrentar inúmeros desafios.

No momento em que este estudo é concluído, em 2023, o piso salarial da enfermagem ainda não é a realidade da maior categoria da saúde brasileira, constituidora de mais de 50% da força de trabalho da saúde do país – o que impõe a continuidade de uma série de mobilizações populares e institucionais em prol da implantação do piso salarial enquanto primeiro passo do avanço do reconhecimento financeiro, que deverá refletir na dignidade laboral e na repercussão da valorização social. Apesar das dificuldades dessa luta política e social, as últimas conquistas da categoria no âmbito trabalhista não deixam de ser uma importante vitória.

A vitória da enfermagem é resultado da luta coletiva e unitária de uma categoria que se reconhece como primordial na construção da saúde universal, integral e equitativa, mérito apenas desses profissionais, que se mantiveram em um esforço único e histórico de mobilização e luta. A mesma consciência que impeliu a enfermagem à unidade em prol da conquista de um direito tão importante precisa, também, impulsionar a categoria à compreensão de que, sem a valorização do SUS e das políticas públicas que estruturam o equilíbrio da determinação social da saúde, não é possível a concretização da valorização do cuidado no Brasil.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O encontro entre a história da saúde pública brasileira, a institucionalização do direito à saúde, a execução desse direito através do SUS e o desenvolvimento da enfermagem brasileira se evidencia nos registros e no progresso social e histórico desses elementos. No Distrito Federal, as particularidades desse processo se impõem diante de um contexto singular, que relaciona o desenvolvimento da nova capital federal com suas implicações sociais e sanitárias; esse contexto é atravessado pelos elementos políticos concentrados nas manifestações populares e nas práticas políticas institucionais.

Construídas majoritariamente por mulheres ao longo de toda a história, em uma dinâmica interseccionalmente perpassada por questões de classe, gênero e raça/etnia, a enfermagem e suas práticas são balizadas pela reprodução social da vida, em relação direta com a divisão técnica e social do trabalho. Nacionalmente, essa formação se deu sob a ação das instituições financeiras internacionais, expressando o domínio de classe que estabeleceu os critérios para a estruturação da enfermagem brasileira.

A repercussão disso está evidente no perfil da enfermagem nacional, acompanhado pelo perfil da enfermagem atuante na APS no Distrito Federal: majoritariamente feminino, composto por pessoas negras, casadas e católicas – um perfil muito semelhante aos critérios estabelecidos historicamente para oferta da formação em enfermagem, exceto pelo quesito raça/cor. Essa mudança se deve ao aumento do acesso de pessoas negras ao ensino formal no Brasil, o que constitui um grande avanço e atribui à enfermagem a responsabilidade de compreender a influência do racismo estrutural, institucional e cotidiano em sua construção histórica e combatê-lo em seu exercício atual.

Tais características sociodemográficas se somam, no Distrito Federal, aos aspectos territoriais e institucionais particulares à capital federal. No estudo, foi possível perceber que a maior parte dos profissionais atuantes na APS do DF não é natural da capital, mas escolheu atuar no território. Analisando-se as questões remuneratórias e a narrativa dos profissionais, nota-se que a valorização financeira no DF é um elemento considerado pelos profissionais ao escolherem se radicar nesse local, de maneira diferencial ao restante do país – como mostra a pesquisa nacional. Para mais, é possível refletir sobre a formação sociocultural do DF, que é centrada na prestação de serviços e reconhecida pelo serviço público, que atrai muitas pessoas à escolha do DF como local para viver.

Essas, contudo, não são as únicas particularidades que fazem do DF um território único no tocante ao desenvolvimento da enfermagem. Partindo-se do território como unidade

dinâmica central da atuação da APS e da ESF enquanto forma prioritária de execução das ações da porta de entrada do SUS, é necessário encarar o DF e a constituição da política pública de saúde local a partir das características históricas e sociais.

Tais características fazem do DF um território plural e desigual, balizado pelo distanciamento socioespacial, pelo racismo territorial e pelo elitismo que fundamentou a construção da capital federal sob a ótica do distanciamento entre o centro e a periferia, bem como pela profunda diferenciação de investimento e acesso aos serviços entre o Plano Piloto e as cidades circundantes e as regiões administrativas mais apartadas.

Aliando-se essa compreensão sobre o desenvolvimento territorial à conversão recente da APS para o modelo de ESF no DF, bem como ao perfil das equipes de Saúde da Família, nas quais a maior presença é da enfermagem – diante da dificuldade histórica de fixação de profissionais médicos e de constituição de equipes multiprofissionais –, nota-se a centralidade da(o) enfermeira(o) no fazer cotidiano da APS da capital federal.

O conhecimento aprofundado dos territórios, a longitudinalidade no cuidado à população adscrita, a gestão do processo de trabalho potencializam a prática de enfermagem na promoção de territórios saudáveis, ainda que em um contexto desafiador, tanto pela conformação sociocultural, biopsicossocial e socioespacial do território quanto pelas adversidades concernentes à constituição das equipes, aos desafios mais recentes relacionados à pandemia de covid-19 e ao modelo de gestão adotado no Brasil e no DF.

Embora tenha resultados consistentes, que possibilitam um debate robusto acerca do tema, algumas lacunas são percebidas e consistem em limitações do estudo. Utilizando-se do banco de dados da pesquisa nacional, o presente estudo se limitou aos dados já coletados – isto levou às lacunas de investigação acerca das áreas de especialização dos enfermeiros atuantes no Distrito Federal. Para mais, a ausência de especificação das regiões de saúde onde atuam os profissionais participantes, sobretudo no tocante aos dados quantitativos, impede a comparação da incidência e prevalência dos parâmetros avaliados, principalmente das condições de trabalho entre as regiões de saúde do DF. Por fim, tanto a pesquisa nacional quanto o presente estudo são limitados quanto ao perfil sociodemográfico no aspecto da identidade de gênero, algo que precisa ser objeto de atenção na enfermagem brasileira e do DF. Considera-se, porém, que tais aspectos limitantes são constituem ausências substanciais do estudo e podem ser facilmente supridos em análises futuras.

Sendo a enfermagem a categoria mais presente na APS e esta o nível de atenção que abre, principalmente, as portas para o acesso ao sistema, fato é que a enfermagem se comporta como a recepção central do cidadão no acesso à saúde – desde o conhecimento do território, da gestão do trabalho e dos aspectos da determinação social do processo saúde-doença; até a

inovação do processo de trabalho para coordenar o cuidado e ordenar a rede de saúde para favorecer o acesso e a integralidade.

Esse conjunto de elementos garante o direito à saúde como pilar da relação intersetorial que, inexoravelmente, viabiliza condições dignas de vida aos indivíduos. Tal dimensão integral e coletiva da atuação da enfermagem é, também, o que permite encará-la como grande viabilizadora, realizadora e construtora de caminhos profissionais e comunitários em direção à transformação do modelo de saúde – ideal e estratégia que fundamenta as lutas históricas do movimento sanitário no Brasil e no mundo.

Para materializar essa discussão, o podcast “Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: cuidado, valorização e resistência” contou com a colaboração das enfermeiras e coordenadoras estaduais da pesquisa nacional que subsidiou este estudo: Angela Carneiro (PE), Beatriz Toso (RS), Glenda Ferreira (PA) e Natália Aredes (GO); além da coordenadora nacional da pesquisa, Maria Fátima Sousa (DF). Com representatividade de quase todas as regiões do País, o produto técnico deste estudo entrega um debate atualizado e sólido não apenas acerca das práticas de enfermagem em APS pelo território nacional, mas, também, suas singularidades de acordo com as particularidades biopsicossociais e culturais de cada local.

Ademais, os desafios impostos pela pandemia tanto no cotidiano do trabalho quanto na condução da pesquisa são elemento transversal dos relatos sobre o esforço de coletar e analisar dados sobre a enfermagem em APS, demonstrando a coletividade das fragilidades e potencialidades compartilhadas por toda a categoria. Assim, além dos dados técnico-científicos que descrevem a categoria atuante na APS e suas práticas, este estudo registra para a enfermagem, em um formato dinâmico, de fácil circulação e potencial de perenidade, uma discussão que serve tanto aos profissionais em formação no ambiente universitário, quanto àqueles já atuantes no serviço – visando fomentar a criticidade, a inovação, a resiliência e o sentimento de coletividade de uma categoria diferencial na condução da APS em todo o Brasil.

Compreender a dimensão multitudinária da atuação da enfermagem por meio de práticas técnicas, científicas e sociais exige relacioná-la com sua história e, enfim, entender que a construção de uma categoria que tem suas práticas fundamentadas nas ações de cuidado, sob a

salvaguarda do trabalho de reprodução social, reflete-se de forma perene em sua condução e atualização. Para mais, a relação entre o trabalho da enfermagem e o trabalho de reprodução social, sob a égide do capitalismo enquanto sistema social, político e econômico, também impõe à categoria a responsabilidade de constante mobilização pelo reconhecimento do trabalho de cuidado enquanto primordial na produção e reprodução da vida e das condições de trabalho de toda a classe trabalhadora.

É isso que faz do SUS, enquanto forma de execução de um modelo de saúde, e da enfermagem, enquanto categoria profissional majoritária do sistema e da política de saúde, potenciais ferramentas de transformação social e do mundo do trabalho. Em vista do impacto dos retrocessos políticos e econômicos, assim como das possibilidades de avanço nos mesmos âmbitos, a enfermagem, a política pública de saúde e os elementos da determinação social da vida e do processo saúde-doença se evidenciam nas análises das políticas públicas, assim como se mostram na interpretação da própria enfermagem sobre seu trabalho e seu cotidiano laborativo.

A maneira como enfermeiros e enfermeiras da APS do DF enxergam seu trabalho e sua relevância demonstra a importância do trabalho enquanto categoria analítica, do cuidado enquanto elemento de análise, da enfermagem enquanto objeto de compreensão. Da mesma forma, as mobilizações da categoria de enfermagem enquanto expressão do avanço de consciência refletem o progresso de uma categoria que parte do contexto histórico e social da desvalorização, da subalternização e de um espaço social de falta de reconhecimento sobre o trabalho que executa, em direção a um patamar de valorização, reconhecimento social e busca coletiva pela expressão disso nas políticas públicas, na narrativa social e no sentido do trabalho – tornando concreta a expressão numérica e qualitativa da maior categoria do setor saúde deste país.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 6 ed. São Paulo: Edições 70, 2002.
- BRANDÃO, Leyla Gabriela Verner Amaral *et al.* O sentido do trabalho na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 8, e528, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/528>. Acesso em: 13 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**: versão profissionais de saúde e gestores – completa. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da União, 2019b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 1, de 15 de outubro de 2021**. Dispõe sobre o Estatuto da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS. Brasília: Diário Oficial da União, 2021.
- CANUTO, Fernanda Vieira de Souza. **A conversão do modelo de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal e o médico especialista**. 2019. 107 f. Dissertação [Mestrado em Saúde da Família] – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2019.
- CORRÊA, Vanessa de Almeida Ferreira; ACIOLI, Sonia; TINOCO, Tayane Fraga. Cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: práticas e fundamentações teóricas. **REBEn – Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 6, p. 2932-2939, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6QRkdZdNCZpTTvZZQZJ5Dk/?lang=pt>. Acesso em: 6 jul. 2023.
- COSTA, João Paulo Dias Coelho da *et al.* Equipes de saúde da família inconsistentes e impacto nos indicadores do Programa Previne Brasil relacionados ao pré-natal no território do Distrito Federal no primeiro quadrimestre de 2021. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 3189-3201, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/44227>. Acesso em: 6 jul. 2023.
- DANTAS, André Vianna. Saúde, luta de classes e o “fantasma” da Reforma Sanitária

Brasileira: apontamentos para sua história e crítica. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp. 3, p. 145-157, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5SjQbZ6XmBcPVg93rHyK9hb/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 13 out. 2021.

DECLARAÇÃO de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/07/AA40-PR-Draft-Declaracion-Astana-.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2023.

DIAS, Joana Angélica Andrade *et al.* O pensamento crítico como competência para as práticas do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, e30505, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/30505>. Acesso em: 6 jul. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017**. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2017a.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017**. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2017b.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Economia do Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2021**. Brasília: CODEPLAN, 2021. Disponível em: https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/PDAD-DF_2021.pdf. Acesso em: 6 jul. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). **Institucional**. 2022. Disponível em: <https://www.escs.edu.br/institucional/>. Acesso em: 26 out. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Portal da Transparência do Governo do Distrito Federal. **Cargos efetivos**, 2023a. Disponível em: <https://www.transparencia.df.gov.br/#/servidores/cargo-efetivo>. Acesso em: 31 jan. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Força de trabalho SES-DF. **InfoSaúde-DF**, 2023b. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/forcadetrabalho/>. Acesso em: 6 jul. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Atendimentos individuais na APS – categoria profissional. **InfoSaúde-DF**, 2023c. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/atendimentoporcategoriasalasit/>. Acesso em: 6 jul. 2023.

FERGUSON, Susan; MCNALLY, David. Capital, força de trabalho e relações de gênero. Trad. Máira Silva. **Revista Outubro**, v. 29, p. 23-59, 2017. Disponível em: http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2017/11/02_McNally-e-Ferguson_2017.pdf. Acesso em: 6 jul. 2023.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 1, p. 752-757, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?lang=pt#>. Acesso em: 2 maio 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Atenção Primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental**. 2019. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/Astana%20APS%20e%20SUS%20compromisso%20indissociável%20Fiocruz%20e%20CNS%2012%20outubro%20%282%29.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2023.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; FORNARI, Lucimara Fabiana; LOURENÇO, Rafaela Gessner. Desafios da Atenção Básica no cuidado à população em tempo de pandemia. *In*: TEODÓSIO, Sheila Saint-Clair da Silva; LEANDRO, Suderlan Sabino (Orgs.). **Enfermagem na Atenção Básica no contexto da covid-19**. 2 ed. Brasília: ABEn/DEAB, 2020. p. 4-10. (Série enfermagem e pandemias, 3)

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-545.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* De Alma-Ata a Astana: Atenção Primária à Saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, e00012219, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/?lang=pt#>. Acesso em: 6 jul. 2023.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato. **Análise da política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal**: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). 2010. 285 f. 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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/C85pQdC5s4JzZynWpz3yRpg/?lang=pt#>. Acesso em: 6 jul. 2023.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato *et al.* A regionalização da Gestão da Saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro. **Brasília em Debate**, n. 17, p. 22-27, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/38783>. Acesso em: 6 jul. 2023.

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

KIRSCHBAUM, Charles. Decisões entre pesquisas quali e quanti sob a perspectiva de mecanismos causais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 28, n. 82, p. 179-193, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/gMvf8BmhVTVVy76wnBkVnnF/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2021.

KORNDÖRFER, Ana Paula. A Fundação Rockefeller e a formação de quadros para a enfermagem (Brasil: 1917-1951). **Nuevo Mundo Mundos Nuevos**, 2019. Disponível em: <https://journals.openedition.org/nuevomundo/76226>. Acesso em: 30 abr. 2022.

LEAL, Larissa Silva. **Estratégia Saúde da Família: uma análise da implementação no Distrito Federal**. 2021. 63 f. Monografia [Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas] – Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

MACHADO, Maria Helena (Coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil**. Rio de Janeiro: NERHUS; DAPS; ENSP/Fiocruz, 2017. (Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil; v. 1)

MARTINS, Amanda de Lucas Xavier; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Crise e enfermagem na Atenção Primária: notas da prática social pelo materialismo histórico-dialético. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, e42472, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/42472>. Acesso em: 3 maio 2022.

MENDES, Mariana *et al.* Práticas da enfermagem na Estratégia Saúde da Família no Brasil: interfaces no adoecimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. esp., e20200117, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/R6DZRzqccGNJHJhYFVq544D/?lang=pt#>. Acesso em: 6 jul. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Reflexividade como *éthos* da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DgfNdVrZzZbN7rKTSQ8v4qR/#>. Acesso em: 11 out 2021.

MONTEIRO, Winnie Lorena Novais. **Programa Converte e os novos caminhos da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal**. 2021. 109 f. Dissertação [Mestrado em Políticas Públicas em Saúde] – Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

MOREIRA, Ezequiel Gomes das Neves *et al.* Educação em saúde sobre subtipo do Influenzavirus A: utilizando o Arco de Maguerez. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 9-18, 2020. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/357>. Acesso em: 27 out. 2022.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. Revisão da

Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, e00206316, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xQJV3bsq88NmRJxrCm45LDK/?lang=pt#>. Acesso em: 3 maio 2022.

OLIVEIRA, Arleusson Ricarte de. **O trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde rural no Brasil**. 2019. 177 f. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). (2020). **State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership**. Geneva: World Health Organization, 2020.

PAULA, Alexandre de. Prejuízo causado pelo Instituto Candango de Solidariedade é irreversível. **Correio Braziliense**, 9 maio 2018. Disponível em: https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2018/05/09/interna_cidadesdf,679326/prejuizo-causado-por-instituto-candango-de-solidariedade.shtml. Acesso em: 25 out. 2022.

RIBEIRO, Denis Fernandes da Silva *et al.* A identidade profissional da enfermeira na percepção de usuários da Atenção Básica. **REBEn – Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 3, e20200974, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HX9qJzXjP57L9rYHrVc88XF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 jul. 2023.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s9bmJspgCcykVW6gddLytdG/#>. Acesso em: 6 jul. 2023.

SILVA, Cindy Menezes; SANTOS, Neila Caroline Costa; AFONSO, Tatiana Moreira. Efetividade da assistência do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. **Caderno de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT – Sergipe**, v. 5, n. 1, p. 145-162, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5547>. Acesso em: 6 jul. 2023.

SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Celia Maria Sivalli; YONEKURA, Tatiana. Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1403-1409, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/YhtfSXzWYVcRFm4JWNFw8Zk/?lang=pt#>. Acesso em: 13 out. 2021.

SOUSA, Maria Fátima de (Coord.) **Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos**. Relatório final. Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília (UnB), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Brasília: Editora ECoS, 2022.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no

Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Y4XDXBGwrMfLDHhrwPhhQ4w/?lang=pt#>. Acesso em: 22 fev. 2023.

SOUZA, Inês Leoneza de *et al.* A Atenção Primária à Saúde na pós-pandemia e a prática dos profissionais de enfermagem. *In*: TEODÓSIO, Sheila Saint-Clair da Silva; LEANDRO, Suderlan Sabino (Orgs.). **Enfermagem na Atenção Básica no contexto da covid-19**. 2 ed. Brasília: ABEn/DEAB, 2020. p. 11-17. (Série enfermagem e pandemias, 3)

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 3 ed. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães *et al.* Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 37-46, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6SbH4JGK5HTvkc3xy5fZJXC/?lang=pt#>. Acesso em: 1 maio 2022.

8 APÊNDICES

8.1 APÊNDICE 1: ARTIGO “PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL”

Perfil sociodemográfico e de formação dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

Sociodemographic and training profile of nurses working in Primary Care Health in the Federal District

Perfil sociodemográfico y formativo de los enfermeiros que actúan en Atención Primaria Salud en el Distrito Federal

Lígia Maria Carlos Aguiar¹
Maria Fátima de Sousa²

RESUMO:

O objetivo do artigo foi analisar o perfil sociodemográfico e de formação acadêmica dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. Os dados são oriundos da pesquisa “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde: estudo nacional de métodos mistos”; foram coletados por questionário eletrônico e analisados pelo Statistical Package for the Social Sciences. Responderam ao questionário 329 enfermeiros incluídos pelos critérios de atuação em equipes de saúde da família ou cargos de gestão da atenção primária há pelo menos dois anos, que aceitaram participar do estudo nacional que originou os dados. Foram excluídos enfermeiros residentes, de licença de qualquer natureza ou que tenham recusado a participação. O estudo mostrou perfil sociodemográfico majoritariamente feminino, de meia idade, maioria de pessoas negras/pardas, casadas, católicas. A maioria dos profissionais não nasceu no município onde trabalha, mas optou por nele residir, e atua há 12 anos ou mais. Quanto à formação, a maior parte é graduada em instituições de ensino privadas brasileiras, com grande contingente de especialistas e quantidade reduzida de mestres, doutores e pós doutores. Nota-se influência da formação histórica e social da profissão no perfil da categoria, atravessada por questões elitistas, sexistas e racistas, interligadas às práticas de enfermagem, à estruturação do mundo do trabalho e ao reconhecimento social da profissional. Portanto, é necessário romper com o paradigma sociocultural e histórico excludente da formação profissional, para o progresso da autonomia, do reconhecimento e da valorização profissional.

¹ Enfermeira egressa da Escola Superior de Ciências da Saúde, atuante na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Aluna do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Brasília, no Mestrado Profissionalizante.

² Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília (UnB). Pós doutorado pela Université du Québec à Montréal (UQAM). Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), Coordenadora nacional da pesquisa nacional “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde”. E-mail: mariafatimasousa09@gmail.com.

Palavras-chave: atenção básica à saúde, enfermagem, estratégia de saúde da família, trabalho.

ABSTRACT:

The objective of the article was to analyze the sociodemographic profile and academic background of nurses working in Primary Health Care in the Federal District. Data come from the research “Nursing Practices in the Context of Primary Health Care: national study of mixed methods”; were collected by electronic questionnaire and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences. The questionnaire was answered by 329 nurses included according to the criteria of working in family health teams or in primary care management positions for at least two years, who agreed to participate in the national study that originated the data. Resident nurses, nurses on leave of any kind or those who refused to participate were excluded. The study showed a sociodemographic profile that was mostly female, middle-aged, mostly black/brown, married, Catholic. Most professionals were not born in the municipality where they work, but chose to live there, and have been working there for 12 years or more. As for training, the majority graduated from Brazilian private educational institutions, with a large contingent of specialists and a small number of masters, doctors and post-doctors. The influence of the profession’s historical and social formation on the category’s profile is noted, crossed by elitist, sexist and racist issues, interconnected with nursing practices, the structuring of the world of work and the social recognition of the professional. Therefore, it is necessary to break with the sociocultural and historical paradigm that excludes professional training, for the progress of autonomy, recognition and professional valuation.

Keywords: primary health care, nursing, family health, work.

RESUMEN:

El objetivo del artículo fue analizar el perfil sociodemográfico y la formación académica de los enfermeros que actúan en la Atención Primaria de Salud del Distrito Federal. Los datos provienen de la investigación “Prácticas de Enfermería en el Contexto de la Atención Primaria de Salud: estudio nacional de métodos mixtos”; fueron recogidos por cuestionario electrónico y analizados utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales. El cuestionario fue respondido por 329 enfermeros incluidos según el criterio de actuar en equipos de salud de la familia o en cargos de gestión de la atención primaria durante al menos dos años, que aceptaron participar en el estudio nacional que originó los datos. Se excluyeron las enfermeras residentes, las enfermeras con licencia de cualquier tipo o las que se negaron a participar. El estudio mostró un perfil sociodemográfico mayoritariamente femenino, de mediana edad, mayoritariamente negro/moreno, casado, católico. La mayoría de los profesionales no nacieron en el municipio donde trabajan, sino que eligieron vivir allí y tienen 12 años o más trabajando allí. En cuanto a la formación, la mayoría se graduó en instituciones educativas privadas brasileñas, con un gran contingente de especialistas y un pequeño número de maestros, doctores y posdoctorados. Se nota la influencia de la formación histórica y social de la profesión en el perfil de la categoría, atravesada por cuestiones elitistas, sexistas y racistas, interconectadas con las prácticas de enfermería, la estructuración del mundo del trabajo y el reconocimiento social del profesional. Por tanto, es necesario romper con el paradigma sociocultural e histórico que excluye la formación profesional, para el progreso de la autonomía, el reconocimiento y la valoración profesional.

Palabras clave: atención básica de salud, enfermería, estrategia de salud de la familia, trabajo.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é analisar o perfil sociodemográfico e formativo dos enfermeiros atuantes na atenção primária à saúde do Distrito Federal, compreendendo-o como relevante ao entendimento das práticas de enfermagem nesse âmbito de atenção, bem como balizador da visão acerca da valorização profissional.

O principal marco histórico para formulação acerca da Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecida como Conferência de Alma-Ata (1978), conceitua

[...] Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.¹

Formulado a partir do consenso entre mais de cem países, reunidos em Alma-Ata, Cazaquistão – nação então vinculada à União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) –, o conceito de cuidados primários fundamenta a Atenção Primária à Saúde e expressa o compromisso internacional de benefício mútuo entre os países através da garantia do acesso à saúde para todos os povos até os anos 2000, em uma perspectiva de equidade.¹

Apesar de o termo “atenção primária à saúde”, por ter sido cunhado em Alma Ata e mundialmente consensuado, ser mais usual no campo dessas práticas, encontra-se, ainda, a terminologia “atenção básica à saúde”. Sousa e Hamann (2007) afirmam que as diferenças entre ambos se encontram nas dimensões políticas, sociais e culturais de cada nação, pautadas pela relação estabelecida entre Estado e sociedade. É nessa perspectiva que vale a reflexão sobre a disputa não apenas semântica, mas essencialmente política, entre ambos os termos no Brasil, onde passaram a ser usados com equivalência para fins de formulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desde sua primeira versão (2006), até as revisões de 2011 e 2017; sob a justificativa de que os dois conceitos estão em direção comum: a construção de um novo modelo de atenção à saúde, cujos princípios e diretrizes se sustentam no cuidado, na qualidade e na resolutividade.²

Entretanto, vale contextualizar que a disputa terminológica no Brasil passa pelo significado das palavras, quando “básico” assume sentido de essencial, primordial e fundamental; diferente de “primário”, que pode significar primitivo, simples, fácil, rude.³ O cenário de escolha dos termos é caracterizado pelas propostas de ajuste fiscal difundidas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial nos países da América Latina, com vistas a programas de cuidados primários seletivos e focalizados, contrários aos princípios de universalidade e integralidade em saúde.³

Reconhecer o contexto de formulação da APS para além da estruturação setorial, mas no sentido de iniciativa política, é necessário para que não se perca de vista os princípios e diretrizes que fazem dela o pilar estruturante da saúde de uma nação, conduzida pelos atributos de acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, integralidade, competência cultural, orientação familiar e comunitária.⁴

Desta feita, a equivalência entre os termos não pode fragilizar as barreiras às tentativas de simplificação e destituição da essencialidade do primeiro nível de atenção, jamais prescindindo da defesa da APS enquanto

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.⁵

Sob essa perspectiva, parte-se do pressuposto de que os enfermeiros têm o potencial de exercer esses atributos desde a organização do processo de trabalho no cotidiano, abrangendo a resolução das situações e problemas identificados em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) através da Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é prioritária para que a APS seja, no Brasil, o primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do usuário ao serviço, sendo ordenadora das ações e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS).⁶

Essa Estratégia foi instituída no Brasil em 1994, como política nacional de APS, para reorientar o modelo assistencial e garantir o acesso da população a serviços de saúde mais próximos e de qualidade.⁶ Isto ocorreu após o Programa Saúde da Família, seu predecessor, ter avançado consistentemente na ampliação do acesso de primeiro contato e na pavimentação dos caminhos para a mudança do modelo assistencial brasileiro – sobretudo a partir da otimização do financiamento por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), que destinou recursos exclusivamente à APS, fortalecendo a municipalização.²

A ESF é operacionalizada mediante ações preventivas, promocionais e de reabilitação, prestando cuidados fundamentados nos princípios do SUS, reorganizando o sistema na lógica do cuidado continuado, da resolubilidade e da participação comunitária, de forma integral e gratuita a todas as pessoas do território, considerados os determinantes e condicionantes de saúde.⁶ O intento de mudança do modelo assistencial a partir da APS através da ESF parte da compreensão do SUS enquanto um avanço do projeto da Reforma Sanitária, mas, também, do reconhecimento de que os princípios da universalidade, integralidade e equidade não são, por si, suficientes na conclusão desta tarefa.^{7,8}

Ainda é necessário que as bases paradigmáticas que sustentam o modelo de atenção, balizado pela lógica biomédica, sejam robustamente enfrentadas, contrapondo-se à análise parcial que marca a história e passando, assim, a compreender os fatores e as dinâmicas sociais, econômica, política e cultural que determinam a hegemonia de modelo sanitário – hospitalocêntrico, vertical, biologicista e medicalizante.⁷ A reorientação do modelo de atenção deve estar fundamentada na essência do SUS, com diálogo permanente e democrático entre todas as forças sociais. Para tal, a superação das barreiras liberais, do elitismo, do corporativismo que impõem uma resistência cada vez mais cruel deve ser um pré requisito, a fim de fazer da ESF uma agenda completa, com a real ampliação do acesso aos serviços básicos, com a superação dos desafios contemporâneos atravessados pelas equipes, com a responsabilização de todos os atores envolvidos na construção da política de saúde sobre as mudanças necessárias.⁷

Como elemento central dessa ação transformadora, a enfermagem estrutura redes integradas de atenção à saúde nos território de atuação da ESF – que são diversos e complexos – através de novos saberes e práticas, cujas bases materializam um novo modelo de atenção.⁹ O trabalho da enfermagem pode ser considerado como o resultado de complexos processos sociais, manifestando a disputa de diferentes concepções, modelos de atenção e cuidados de saúde em determinada conjuntura histórica.¹⁰

A relevância do enfermeiro para reorientação do modelo de atenção à saúde pela ESF se dá, principalmente, pela coordenação do cuidado coletivo e individual em uma perspectiva integral, no âmbito do trabalho em equipe.¹⁰ Para além das ações gerenciais, as práticas de enfermagem na APS são regulamentadas por uma ampla legislação, que abarca a Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/1986), portarias regulamentadoras dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem (COFEN/CORENs), documentos técnicos do Ministério da Saúde – tais como protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas e outras normativas editadas pelas

esferas federal, estadual, municipal e do Distrito Federal.⁹

Coadunando com essas legislações e normas, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê ações específicas dos enfermeiros na APS, relacionadas à prática clínica, como as consultas de enfermagem para o cuidado a diversos segmentos de avaliação em saúde – como pré-natal, puericultura, atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos, cuidado às pessoas que convivem com doenças transmissíveis, cuidado à saúde mental, prescrição de medicamentos conforme protocolos, e diversas outras demandas individuais, familiares e comunitárias.⁹ Esse conjunto de práticas expressa o exercício da autonomia profissional e a busca pela legitimação do trabalho da enfermagem, visando à garantia da integralidade da assistência à população e da valorização profissional à categoria.⁹

A prática social da enfermagem, em um primeiro elemento, diz respeito à constituição da enfermagem moderna, com base na divisão técnica e social do trabalho, isto é, separação entre trabalho intelectual e manual e a reprodução sistemática do caráter hierárquico das relações entre classes sociais na profissão.¹⁰ Um segundo elemento diz respeito ao desenvolvimento do saber da profissão, a partir da construção de técnicas e teorias científicas da enfermagem, pautado pela busca da autonomia da prática e valorização do enfermeiro.¹⁰ Avaliar o perfil de formação da enfermagem brasileira implica a adoção de dois critérios: a consolidação de uma categoria profissional atrelada à reprodução social da vida, e a estrutura educacional que serve de pano de fundo para a disputa política que está em torno da formação profissional e da política de saúde.¹¹

Por isso, faz-se necessário avaliar, refletir e compreender a influência do perfil sociodemográfico e de formação acadêmica da categoria na organização do processo de trabalho e no desenvolvimento de suas práticas profissionais, podendo-se verificar relação direta entre os critérios historicamente utilizados para o acesso à educação, que repercutem na formação profissional e no perfil da categoria, refletindo ainda hoje em sua constituição e na maneira como adota os campos científicos para a estruturação de seu saber profissional.

METODOLOGIA

A pesquisa é parte integrante de um estudo de abrangência nacional, realizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), vinculado à Universidade de Brasília (UnB), junto ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). O estudo foi desenvolvido em parceria com Conselho Nacional de Secretárias de Estado de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de

Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).¹²

O estudo “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde: um estudo nacional de métodos mistos” teve como objetivo compreender as práticas profissionais dos (as) enfermeiros (as) que atuam na atenção primária à saúde no Brasil. Para isso, a pesquisa caracterizou o perfil profissional e demográfico, bem como os cenários de atuação desses profissionais, além de descrever as práticas desenvolvidas e correlacioná-las com o perfil e o cenário de atuação das diferentes regiões brasileiras.¹²

Este estudo, como integrante da pesquisa nacional, é de abordagem quantitativa, constituindo-se como um recorte da coleta de dados nacional para verificação do perfil sociodemográfico e de formação dos enfermeiros do Distrito Federal que atuam na atenção básica. Para uma primeira aproximação estratégica com a identidade da categoria, os dados foram coletados via questionário eletrônico estruturado, com perguntas fechadas, com a finalidade de caracterização do perfil profissional e sociodemográfico da população do estudo.¹² O tratamento e a análise quantitativa dos dados foi realizada por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 21.0 para Windows®.¹²

O universo do estudo foram as 177 (cento e setenta e sete) UBS do Distrito Federal, que são distribuídas em sete regionais de saúde: central, norte, sul, leste, oeste, sudoeste e centro-sul.¹² Foram incluídos na pesquisa enfermeiros (as) ativos, que compõem o quadro definitivo de servidores, inseridos no processo de trabalho da unidade através de lotação em equipe de saúde da família ou cargo de gestão no período de coleta de dados, durante o ano de 2022. Foram excluídos do estudo enfermeiros (as) residentes, preceptores, consultores, entre outros que não tenham vínculo formal com o serviço de saúde; de férias, sob afastamento de qualquer natureza e, também, aqueles que não aceitarem participar.¹²

De acordo com as diretrizes do SUS e com o princípio da APS de territorialização, o DF é regionalizado em sete regiões de saúde: Região Central (Plano Piloto – Asa Norte, Asa Sul, Vila Telebrasília, Vila Planalto e Noroeste –; Lago Norte, Lago Sul Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal e Varjão) Região Centro Sul (Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento-SIA, Setor Complementar de Indústria e Abastecimento-SCIA); Região Oeste (Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol, Brazlândia); Região Sudoeste (Taguatinga, Águas Claras, Arniqueiras, Vicente Pires, Samambaia e Recanto das Emas); Região Norte (Sobradinho I, Sobradinho II, Fercal e Planaltina); Região Leste (Paranoá, Jardim Botânico, Itapoã e São Sebastião); Região

Sul (Gama e Santa Maria).^{13,14} Localizados diversamente em todas essas regiões, 329 (trezentos e vinte e nove) profissionais compreendem o universo deste estudo, por terem respondido o questionário eletrônico que originou os dados.¹²

O projeto nacional teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (FS/UnB), sob o parecer de número 3.619.308, havendo previsão do desenvolvimento de produtos científicos secundários à sua realização, tais como artigos, teses e dissertações.

RESULTADOS

O Distrito Federal (DF) conta, atualmente, com 4.063 cargos ocupados por enfermeiros na Secretaria de Estado de Saúde (SES DF), de acordo com o Portal da Transparência do Governo do Distrito Federal.¹⁵ Parte desse contingente profissional está lotada em 593 equipes de saúde da família (eSF), cobrindo cerca de 65% da população da capital federal.^{16,14}

De acordo com o relatório dinâmico referente ao Distrito Federal, da pesquisa nacional “Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde: estudo nacional de métodos mistos”, 80,9% (266 enfermeiras) do segmento do ensino superior da categoria de enfermagem atuante na atenção básica do DF é do sexo feminino, enquanto 19,1% (63 enfermeiros) é do sexo masculino.¹² Em relação à faixa etária, o perfil se mostra predominantemente de meia idade, com 24,3% (80 enfermeiros) entre 36-40 anos e 19,8% (65 enfermeiros) entre 41-45 anos.¹²

Quanto às características étnico-raciais, 39,8% (140 enfermeiros) dos profissionais se consideram brancos; 50,2% (165 enfermeiros) se consideram pardos; 8,2% (27 enfermeiros) se autoafirmam negros; 0,9% (3 enfermeiros) se declaram amarelos; e 0,9% (3 enfermeiros) preferiram não responder à pergunta. Por último, a maior parte dos enfermeiros atuantes na atenção básica à saúde na capital federal é casada, um contingente de 55,3% (182 enfermeiros); a predominância de estado civil é seguida por profissionais solteiros, somando 21,9% (72 enfermeiros); divorciados, com 11,2% (37 enfermeiros); em união estável, com 9,1% (30 enfermeiros); separados, com 1,5% (5 enfermeiros); viúvos, 0,3% (1 enfermeiro); além de 0,6% (2 enfermeiros) que declara “outros” como estado civil.¹²

No que diz respeito à religião, os profissionais atuantes na atenção básica do Distrito Federal são, em sua maioria, católicos, com 49,5% (163 enfermeiros) afirmando esta religião; seguidos de 29,2% (96 enfermeiros) evangélicos; 9,4% (31 enfermeiros) espíritas; 0,6% (2

enfermeiros) que professa alguma religião de matriz africana; 1,2% (4 enfermeiros) dos profissionais que se afirmaram ateus; 3,6% (12 enfermeiros) dos profissionais que professam outras religiões; e 6,4% (21 enfermeiros) dos profissionais que não desejaram declarar a religião.¹²

No que diz respeito à localização e distribuição territorial, nota-se na enfermagem em atenção básica do Distrito Federal um perfil migrante, que não nasceu onde reside, mas optou por se firmar no local onde trabalha. Isto é evidenciado pelo dado de que 65,35% (215 enfermeiros) dos participantes da pesquisa não nasceram no município onde residem, ao mesmo tempo em que 82,7% (272 enfermeiros) dos profissionais agora residem no município onde trabalham. Essa dinâmica de migração e radicação territorial se articula com a estabilidade na permanência desses profissionais no primeiro nível de atenção à saúde da capital federal, uma vez que 31,6% (103 enfermeiros) atuam na ABS há mais de 12 anos, seguidos por 24% (78 enfermeiros) que estão lotados na atenção básica entre 9 a 12 anos; 24,9% (82 enfermeiros) trabalham como porta de entrada do sistema de saúde entre 0 a 4 anos; e 19,5% (64 enfermeiros) exercem a enfermagem em atenção básica entre 5 a 8 anos.¹²

Tabela 1. Perfil Sociodemográfico dos enfermeiros atuantes na APS no DF¹²

Sexo	n	%
Feminino	266	80,9%
Masculino	63	19,1%
Faixa etária		
Até 25 anos	8	2,4%
Entre 26 e 30 anos	18	5,5%
Entre 31 e 35 anos	58	17,6%
Entre 36 e 40 anos	74	24,3%
Entre 41 e 45 anos	65	19,8%
Entre 46 e 50 anos	48	14,6%
Entre 51 e 55 anos	35	10,6%
Entre 56 e 60 anos	14	4,3%
Entre 61 e 65 anos	2,9	0,9%
Raça/Cor		
Branços	140	39,8%
Pardos	165	50,2%
Negros	27	8,2%
Amarelos	3	0,9%
Não responderam	3	0,9%
Estado Civil		
Casado	182	55,3%
Solteiro	72	21,9%
Divorciado	37	11,2%
União Estável	30	9,1%
Separado	5	1,5%
Viúvo	1	0,3%
Outros	2	0,6%
Religião		
Católico	163	49,5%
Evangélicos	96	29,2%
Espíritas	31	9,4%
Religião de matriz africana	2	0,6%
Ateus	4	1,2%
Outras religiões	12	3,6%
Não responderam	21	6,4%
Distribuição territorial		
Não nasceu no município onde reside	215	65,35%
Reside no município onde trabalha	272	82,7%
Tempo de trabalho		
Mais de 12 anos	103	31,6%
Entre 9 e 12 anos	78	24%
Entre 5 e 8 anos	61	19,5%
Entre 0 e 4 anos	64	19,5%

Fonte: Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde: estudo nacional de métodos mistos

Para uma atuação qualitativa no nível de saúde responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento da rede, principal porta de entrada do sistema de saúde e articulador intersetorial do cuidado, a formação é aspecto central de análise no perfil dos profissionais que

executam esse trabalho no Distrito Federal. Dessa forma, verificou-se que 54,5% (179 enfermeiros) são graduados em enfermagem por instituições privadas, ao passo que 45,5% (150 enfermeiros) dos profissionais são egressos de instituições públicas de ensino, todas brasileiras.¹²

Também é possível observar que a segunda graduação não é uma opção escolhida pela maioria dos profissionais entrevistados, com 88,8% (292 enfermeiros) afirmando não terem concluído um segundo curso. Por outro lado, para os 9,4 % (31 enfermeiros) que optaram pela segunda graduação, a predominância é consoante com o primeiro curso, com 67,7% (222 enfermeiros) dos egressos de segunda graduação sendo oriundos de instituições privadas de ensino, todas brasileiras.¹²

A maior parte dos profissionais atuantes na atenção básica à saúde do DF se formou há cerca de 10 anos ou menos: 56,7% (186 enfermeiros) concluíram o curso de enfermagem entre 2001 e 2010; 10,5% (34 enfermeiros) se formaram entre 2011 e 2015; e 8,4% (28 enfermeiros) têm como ano de conclusão o período entre 2016 e 2021. Enquanto isso, 19,8% (65 enfermeiros) dos profissionais foi graduado em enfermagem entre 1991 e 2000; e 4,6% (1 enfermeiros) finalizou o curso antes de 1990. O perfil de formação mais recente se soma à grande busca por especialização, verificando-se que 80,5% (265 enfermeiros) dos profissionais atuantes na atenção básica à saúde do Distrito Federal são especialistas; contudo, embora seja uma modalidade de especialização relevante e uma política pública central para o fortalecimento da saúde pública brasileira, as residências abarcam apenas 6,4% (21 enfermeiros) dos enfermeiros de atenção básica do DF.¹²

Por outro lado, verifica-se que, apesar dos avanços notados na enfermagem ao longo dos anos, as titulações *stricto sensu* e a livre docência não abrangem a maioria dos enfermeiros da atenção básica do DF. O título de mestre é conferido a 10,6% (35 enfermeiros) dos profissionais; o de doutor a 0,91% (3 enfermeiros) dos enfermeiros; e o de pós-doutor a 0,91% (3 enfermeiros) dos profissionais. Ademais, a titulação de livre docência é conferida a 3,34% (11 enfermeiros) dos enfermeiros – demonstrando a busca pela habilitação para exercício da docência, importante âmbito de atuação do enfermeiro.¹²

Tabela 2. Perfil de formação dos enfermeiros atuantes na APS do DF¹²

Natureza da instituição – graduação	n	%
Pública	150	45,5%
Privada	179	54,5%
País onde realizou graduação		
Brasil	329	100%
Outro	0	0
Realizou 2ª graduação		
Sim	31	9,4%
Não	292	88,8%
Não respondeu	6	1,8%
Natureza da instituição – 2ª graduação		
Pública	106	32,3%
Privada	222	67,7%
Tempo de formação		
Antes de 1990	15	4,6%
Entre 1991 e 2000	65	19,8%
Entre 2001 e 2010	186	56,7%
Entre 2011 e 2015	34	10,5%
Entre 2016 e 2021	28	8,4%
Pós-graduação		
Especialização	265	80,5%
Livre docência	11	3,34%
Mestrado	35	10,6%
Doutorado	3	0,91%
Pós-Doutorado	3	0,91%

Fonte: Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde: estudo nacional de métodos mistos

Outro aspecto precípua da formação desses profissionais é a gestão da informação e tradução do conhecimento, sob a perspectiva da educação continuada e permanente. Nesse sentido, 93,3% (307 enfermeiros) dos profissionais afirmam ter acesso a informações relativas à atenção básica à saúde e à estratégia saúde da família, principalmente por meio digital – preferido por 92,1% (303 enfermeiros) –; buscadas, sobretudo, em casa, onde 55,5% (182 enfermeiros) dos profissionais se informam, ou no trabalho, onde 80,9% (266 enfermeiros) dos enfermeiros procuram por informações.¹²

No que diz respeito às fontes dessas informações, as revistas científicas, mídias sociais e fontes governamentais são as referências priorizadas pelos profissionais, com busca de 51,67% (170 enfermeiros); 52,89% (174 enfermeiros); e 77,81% (256 enfermeiros) dos profissionais elencando tais fontes como principais locais de busca de informações, respectivamente. Já os livros especializados são procurados por 56,53% (186 enfermeiros) dos profissionais – não houve distinção entre a forma impressa ou digital.¹²

Para traçar o perfil de formação, com ênfase na educação continuada e permanente, é

válido diferenciar as iniciativas próprias de formação longitudinal dos profissionais atuantes na atenção básica distrital, daquelas institucionalmente fomentadas. Nessa senda, 42,9% (141 enfermeiros) dos enfermeiros que colaboraram com o estudo afirmam ter participado de seminários e/ou encontros científicos na área de atenção básica à saúde ou estratégia saúde da família nos últimos dois anos; enquanto os cursos de atualização e suporte ao trabalho na ABS, durante o mesmo período, foram procurados por 37,4% (123 enfermeiros) dos profissionais.¹²

Tabela 3. Gestão da informação e tradução do conhecimento pelos enfermeiros atuantes na APS no DF¹²

Acessa informação sobre APS/ESF	n	%
Sim	307	93,3%
Não	5	1,52%
Não respondeu	17	5,2%
Meio de acesso à informação		
Impresso	83	25,2%
Digital	303	92,1%
Local onde acessa a informação		
Em casa	219	66,6%
No trabalho	266	80,9%
Durante a ida para o trabalho	15	4,56%
Local de publicação da informação		
Revistas Científicas	170	51,6%
Mídias Sociais	174	52,8%
Livros Especializados	121	36,7%
Fontes Governamentais	256	77,8%
Participação em evento científico sobre APS/ESF		
Sim	141	42,9%
Não	170	51,7%
Não respondeu	18	5,5%
Curso de atualização sobre APS/ESF nos últimos 2 anos		
Realizou	200	60,8%
Não realizou	111	33,7%
Não respondeu	18	5,5%

Fonte: Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde: estudo nacional de métodos mistos

Por fim, é válido salientar, ainda, que a adesão às entidades representativas da enfermagem que são responsáveis pela elaboração, atualização e fomento dos aspectos científicos e educacionais da categoria – quais sejam, as associações – possuem baixa adesão entre os enfermeiros atuantes na atenção básica à saúde no DF. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) possui como associados 6,69% (22 enfermeiros) dos profissionais, enquanto a Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO)

recebe associação de 7,6% (25 enfermeiros) dos enfermeiros da atenção básica à saúde da capital federal.¹²

Tabela 4. Associativismo entre os profissionais atuantes na APS no DF¹²

É associado a alguma entidade representativa da enfermagem	n	%
Sim	123	37,4%
Não	188	57,1%
Não respondeu	18	5,5%
Associações		
ABEn	22	6,69%
ABEFACO	25	7,6%

Fonte: Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde: estudo nacional de métodos mistos

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos enfermeiros atuantes na atenção básica à saúde do DF é consoante ao perfil nacional da enfermagem em atenção básica no Brasil, que demonstra 88,4% do contingente profissional nacional do segmento do ensino superior sendo do sexo feminino¹² – o que, por sua vez, coaduna com o estudo “Perfil da Enfermagem no Brasil”, cuja evidência é de que 86,2% da categoria é formada por profissionais do sexo feminino.¹⁷ Vale apontar que ambas as pesquisas não incluíram a pergunta sobre identidade de gênero, o que deixa um lapso na identificação do perfil de gênero da enfermagem brasileira.

No que diz respeito à faixa etária, o DF também acompanha o padrão nacional no âmbito da atenção básica à saúde, já que os profissionais entre 31 e 45 anos predominam no País¹²; assim como, em geral, nacionalmente a faixa etária também é esta, com média de idade entre 36 e 45 anos¹⁷. Quanto ao quesito raça/cor, a enfermagem do DF – com maioria dos profissionais se autodeclarando parda – se contrapõe ao perfil nacional, que conta com 50,3% dos profissionais atuantes na atenção básica se autodeclarando brancos¹², ao mesmo tempo em que 57,9% dos enfermeiros nacionalmente também se autodeclararam brancos.¹⁷ Em relação ao estado civil, assim como na capital federal, os enfermeiros atuantes na saúde da família e comunidade são, em sua maioria, casados, o que compreende 45,7% da amostra nacional.¹² Em geral, isto acompanha o perfil nacional dos enfermeiros, que conta com 43,6% de profissionais casados.¹⁷

Estes aspectos do perfil sociodemográfico são de relevante destaque para uma percepção histórica da construção deste panorama. Constituído com base na divisão técnica e social do trabalho, ou seja, na separação entre trabalho manual e intelectual e na reprodução sistemática

do caráter hierárquico das relações entre classes sociais¹⁰, o perfil da enfermagem é formado a partir de critérios excludentes, que desnudam o reflexo das ideias que a fundamentam enquanto continente e conteúdo de sua história.¹⁸

Com grande influência das instituições internacionais, empresariais, filantrópicas e financeiras, como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional e, principalmente, a Fundação Rockefeller, a formação da enfermagem brasileira está conectada a um perfil predominantemente elitizado, embranquecido e feminino.^{3,11} Desde a missão Parsons, que iniciou a organização da atuação da enfermagem no Brasil e a seleção para a formação de enfermeiras na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), o padrão definido para o perfil sociodemográfico da categoria foi constituído pelos critérios de concessão de bolsas de estudos, que preconizavam: sexo feminino, mulheres solteiras e brancas, idade preferencialmente menor que 35 anos, habilitação para o magistério e critérios subjetivos de avaliação da aparência – o que é intrinsecamente permeado pelo racismo.¹¹

Os dados do estudo permitem notar que tais critérios ainda repercutem no perfil profissional das enfermeiras, o que implica na adoção de duas perspectivas essenciais na avaliação desse perfil: gênero e raça/cor. O teor de gênero da enfermagem está atrelado à interpretação de seu trabalho enquanto uma extensão do trabalho doméstico, não remunerado, denominado trabalho de reprodução social – historicamente atribuído às mulheres, de forma associada à crença no instinto maternal da mulher em idade fértil, o qual, quando não canalizado à gestação e criação de seus próprios filhos, capacitam-na naturalmente à transferência desse cuidado a outras formas de execução, em uma expressão de “amor ao próximo”, como no cuidado aos enfermos.¹¹ Portanto, compreendia-se a enfermagem como área adequada ao gênero feminino, interlocução abrangente ao que se entendia como mundo feminino em uma relação com o mundo do trabalho.¹¹

Por sua vez, a perspectiva étnico racial se verifica na contradição da seletividade do perfil profissional, que evidencia o impacto do racismo estrutural sobre a categoria em debate: enquanto a enfermagem moderna se desenvolvia; mundialmente, a luta organizada das mulheres se concentrava em uma onda dedicada ao êxodo de mulheres brancas e de classe média do ambiente doméstico para o laboral – uma vez que negras e pobres já executavam atividades de trabalho para além do ambiente doméstico, motivadas pela necessidade de subsistência imposta pelas opressões de classe decorrentes da exploração do trabalho. O recorte de seleção para a capacitação em enfermagem restrito a mulheres brancas e ricas deixou de fora da oportunidade de qualificação profissional formal as mulheres que já executavam atividades

laborais fora do domicílio – o que se vê no perfil profissional atual. Embora mais de 80% da enfermagem brasileira seja composta por mulheres e mais de 50% seja de pessoas negras, a presença destas se concentra, sobretudo, no nível técnico, de modo que o ensino superior ainda é majoritariamente ocupado por pessoas brancas.¹⁷

São, portanto, inúmeros os estereótipos que atravessam a formação da identidade da enfermagem, como um reflexo do histórico da profissão: a perspectiva de gênero, o exercício dos cuidados de enfermagem por pessoas de diferentes níveis de escolaridade em decorrência da divisão técnica e social do trabalho específica da categoria e, também, impactada pelos elementos de opressão de gênero, raça e classe que estruturaram seu caráter científico; bem como o modelo de saúde secular médico centrado.¹⁹

Além do entendimento da enfermagem enquanto um exercício científico atrelado à reprodução social da vida, indissociavelmente atravessado pelo racismo, a estrutura educacional também serve como pano de fundo para a disputa política e social em torno da formação profissional, do seu exercício e da construção da política de saúde através do trabalho da categoria. Os critérios de seleção das bolsistas que receberam a escolarização para a enfermagem visavam à formação de uma “elite nativa”, com a intenção de, através de um recorte de classe, inserir estratos específicos da sociedade brasileira nos serviços de saúde, mantendo uma interlocução privilegiada com as líderes da enfermagem norte-americana a partir de uma formação consoante com os objetivos da Fundação Rockefeller.¹¹ Vale lembrar que, internacionalmente, as concepções de saúde estavam em disputa, sobretudo aquelas relacionadas à atenção básica – havendo a ideia da universalidade do acesso contraposta a uma carteira restrita de serviços, subsidiada por recursos insuficientes, em uma perspectiva mercantilista de saúde.³

É necessário o entendimento de que o desenvolvimento de uma profissão está articulado com um dado modo de produção, o que estabelece, dentro de inúmeras especificidades, relação indissociável com a estrutura social.¹⁸ Assim, deve-se compreender o trabalho de delimitação ideológica no interior do discurso científico, tendo este discurso uma função social na reprodução de determinado sistema. É dessa forma como as classes dominantes formam seus intelectuais e produzem seus discursos orgânicos.¹⁸ Os intelectuais são responsáveis pela organicidade de determinado modo de produção, o qual representa um grupo social predominante e produz enunciados articulados em um discurso, sendo o ato de formulação conteúdo de seu trabalho em um conjunto de relações técnicas e sociais. Portanto, a articulação do intelectual com a estrutura social parte de um lugar nessa estrutura, em um imbricamento

prático: o trabalho, que está intrinsecamente ligado ao modo de produção.¹⁸

O trabalho se torna, então um ponto de contato entre o conhecimento científico e a realidade, na modalidade de uma intervenção, que expressa uma visão de mundo e materializa a relação entre a ciência e a ideologia – que não é ruptura, mas de articulação: é a partir da ideologia que um elemento científico se torna objeto do saber; o que no caso da enfermagem, é o cuidado.¹⁸ A educação é um instrumento de reprodução das relações sociais. Para garantir a perpetuação do domínio de determinada classe, opera transformando desigualdades sociais em desigualdades naturais, dons, de modo a legitimar privilégios culturais transmitidos ou socialmente herdados. Dessa forma, as classes privilegiadas utilizam o sistema educacional para sua afirmação hegemônica.¹⁸

As instituições assumem, assim, o papel de organizadora de um discurso e da fundamentação de uma prática, refletindo no lugar institucional de onde o sujeito em formação questiona, aprende e subsidia sua prática. Quando se associa a formação de intelectuais à ação de organicidade, o produto é a execução, por parte do indivíduo formado através daquela instituição, da homogeneidade e consciência de um grupo social e seus projetos, análises e propostas nos campos econômico, social e político.¹⁸ O intelectual passa a ser, então, criado de maneira orgânica por determinado grupo social, consolidando que nenhum discurso circula livremente e, tampouco, a formação em enfermagem é neutra, mas emerge de dada formação social pertencente a um modo de produção.¹⁸

Sendo o discurso gerado em países centrais do modo de produção capitalista – como, no caso da influência da Fundação Rockefeller, nasceu no seio das disputas protagonizadas pelos Estados Unidos –, os intelectuais formados por esses espaços passarão a ser os seus sujeitos nos países periféricos – o que propicia um corpo sistematizado de influência real no País dependente, sobretudo em funções legitimadas relacionadas à construção dos sistemas de saúde locais.¹⁸ Isto tanto é verdade que as bolsistas da Fundação Rockefeller atuaram em posições estratégicas em agências de saúde oficiais, cargos de docência em instituições de formação, associações profissionais de relevância – como a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), entidade de classe responsável pela elaboração pedagógica, cultural e política da profissão, pensando o currículo da graduação, a educação continuada e permanente e os padrões socioculturais da categoria.¹¹

A grande problemática desse cenário é que essa construção ideológica, teórica e prática que tem como alvo a influência sobre esses países periféricos desconsidera a atuação profissional, neste caso na área da saúde, relacionada ao desenvolvimento das forças produtivas

nesses países periféricos; bem como ignora as relações sociais que envolvem o trabalho de enfermagem e sua organização social. A mudança deste panorama só é possível a partir de transformações ocorridas nas próprias relações sociais que fundamentam estas práticas.¹⁸

Assim, tendo em vista que o desenvolvimento do saber profissional parte da construção de técnicas e teorias científicas da enfermagem, a busca pela autonomia da prática e pela valorização profissional é edificadora do progresso da categoria.¹⁰ Dessa maneira, a fim de romper com a hegemonia de classe que ecoa nas iniquidades em saúde e na heteronomia das relações de trabalho, é indispensável que a educação profissional atrelada ao serviço seja um pilar da continuidade do desenvolvimento profissional.

O estudo mostrou que as iniciativas de educação continuada e permanente são, sobremaneira, individualizadas, sem uma perspectiva institucional de atualização e fomento à cientificidade enquanto instrumento de autonomia e valorização laboral. A educação continuada compreende espaços formais e práticas escolarizadas de formação, diz respeito à continuidade da formação inicial visando ao aperfeiçoamento profissional. Aliada à perspectiva da educação permanente, que aparece como um princípio reorganizador de todo o processo educativo vivenciado pelos trabalhadores no e do sistema, as ações educativas voltadas aos profissionais se propõem a superar as concepções dominantes e as práticas escolarizadas, disseminando novas práticas de formação e valorizando as aprendizagens advindas das situações de trabalho, das reflexões dos coletivos que discutem os programas e ações do sistema – de modo a possibilitar a problematização destes contextos e levar o trabalhador a adquirir um novo saber, modificando e qualificando as estruturas e os processos de trabalho.²⁰

A estruturação de projetos de educação e formação permanente para os profissionais integra uma iniciativa de completude da agenda de mudança do modelo de saúde implementado no Brasil, considerando que sem investimento real no processo educativo permanente desses enfermeiros serão permanentes as dificuldades na consolidação do perfil qualitativo de profissionais com responsabilidade socio-sanitária pelos territórios e as barreiras na inversão do modelo de atenção à saúde.⁹

O perfil profissional da enfermagem do DF, em consonância com o perfil nacional da categoria, revela a influência social e histórica do racismo, do elitismo e das opressões de gênero, como parte de um perfil profissional controverso, que, a partir da cientificidade, consolidou-se como referência no cuidado, sobretudo em saúde pública. Na atenção básica à saúde, a notoriedade da enfermagem é evidente, com uma progressiva conquista de espaço social e reconhecimento tanto pelos integrantes da equipe de saúde, quanto pelos usuários.²¹

CONCLUSÃO

Os enfermeiros atuantes na atenção básica à saúde do Distrito Federal mostraram, através do estudo, um perfil sociodemográfico majoritariamente feminino, de meia idade, constituído por pessoas negras/pardas, casadas e que tem como opção religiosa o catolicismo. Para mais, os enfermeiros que executam a saúde da família e comunidade na capital federal também constituem um perfil migrante, que não nasceu no município onde trabalha, mas optou por nele residir – o que se relaciona com a estabilidade da permanência desses profissionais na atenção básica à saúde, com a maioria na linha de frente do primeiro nível de atenção há 12 anos ou mais.

No tocante à formação, a maioria dos profissionais é graduada em instituições privadas de ensino brasileiras, com poucos profissionais optando por segunda graduação, um grande contingente de especialistas e uma quantidade reduzida de mestres, doutores e pós doutores. Quanto à educação continuada e permanente, infere-se que as iniciativas de informação próprias são predominantes, com maior adesão aos sítios virtuais de informação e procura individual por seminários e cursos de aperfeiçoamento. Por outro lado, o associativismo entre os enfermeiros da atenção básica à saúde do DF é reduzido, mostrando que o segmento não adere de forma robusta às associações profissionais como espaços de formação e educação continuada e permanente.

A atualidade do perfil da enfermagem brasileira, tanto de maneira geral quanto especificamente na atenção básica à saúde, e o perfil da enfermagem em atenção básica do DF são consoantes, revelando a perenidade dos critérios históricos de seleção do perfil da categoria, com impactos das opressões de gênero, raça e classe. Ademais, as fragilidades institucionais na formação continuada desses profissionais se soma aos elementos de desvalorização social, fazendo da sistematização das ações educativas uma necessidade, assim como o incentivo e fomento ao acesso às pós graduações *latu* e *stricto sensu* entre a categoria.

Romper com o paradigma sociocultural e histórico excludente da formação profissional é um imperativo, possível de ser concretizado através de ações educativas adequadas à realidade do serviço, ambos como ferramenta de estímulo profissional, com grandes possibilidades de ter como resultado o progresso da autonomia e, consecutivamente, da valorização profissional.

REFERÊNCIAS

1. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários [Internet]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 20 de fevereiro de 2023.
2. Sousa MF de, Hamann E. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Family Health Program in Brazil: an incomplete agenda? [Internet]. [cited 2023 Mar 1]. Available from: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sc/v14s1/a02v14s1.pdf. Acesso em: 22 de fevereiro de 2023.
3. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde; 2002.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 22 set 2017.
6. Oliveira AR de. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde rural no Brasil [Internet] [Tese de Doutorado on the Internet]. [Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem]; 2019 [cited 12AD Oct]. Available from: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BCEK74/1/arleusson_ricarte_de_oliveira.pdf.
7. Sousa MF de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2008 Apr 1 [cited 2021 Aug 13];61:153–8. Available from: <http://www.scielo.br/j/reben/a/6nddN8PvSKy3swVy88NYXWq/?lang=pt>.
8. Jairnilson SP. Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Editora Fiocruz; 2008.
9. Sousa MF de, Dos Santos BMP, Paz EPA, Alvarenga J da PO. Complexidade das Práticas da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Enfermagem em Foco. 2021 Sep 23;12 [cited 2023 Mar 01]. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5211>.
10. Martins ADLX, David HMSL. Crise e enfermagem na atenção primária: notas da prática social pelo materialismo histórico dialético. Revista Enfermagem UERJ. 2019 Nov 5;27:e42472. [cited 2022 Mai 03] Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/42472>.
11. Korndörfer A. A Fundação Rockefeller e a formação de quadros para a enfermagem (Brasil: 1917-1951). Nuevo mundo mundos nuevos. 2019 Oct 8; [cited 2022 Apr 30]. Available from: <http://journals.openedition.org/nuevomundo/76226>.

12. Sousa MF de. Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos (Relatório final) / Maria Fátima de Sousa (coord.). Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília (UnB), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – Brasília: Editora ECoS, 2022.
13. Gottens L. A Regionalização da Gestão da Saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro [Internet]. [cited 2023 Mar 1]. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/38783/ve_Leila_Gottens_etal_2017.pdf.
14. Leal LS. Estratégia Saúde da Família: uma análise da implementação no Distrito Federal [Internet] [Trabalho de Conclusão de Curso]. [Universidade de Brasília, Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas, Departamento de Gestão de Políticas Públicas]; 2021 [cited 2023 Mar 1]. Available from: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/30327/1/2021_LarissaSilvaLeal_tcc.pdf.
15. Portal da Transparência do Governo do Distrito Federal. Cargos efetivos. [cited 2023 Jan 31] Available from: <https://www.transparencia.df.gov.br/#/servidores/cargo-efetivo>.
16. Costa JPDC da, Moreira FED, Mello ALB, Vieira JEB. Equipes de saúde da família inconsistentes e impacto nos indicadores do Programa Previne Brasil relacionados ao pré-natal no território do Distrito Federal no primeiro quadrimestre de 2021 / Inconsistent family health teams and impact on Previne Brasil Program indicators related to prenatal care in the territory of the Federal District in the first four months of 2021. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022 Feb 17;5(1):3189–201.
17. Machado MH (Coord). Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final por Maria Helena Machado . — Rio de Janeiro: Brasil / coordenado NERHUS ENSP/Fiocruz , 20 74 8 p. : il. 1 7 . color. ; graf. ; tab. Brasil, v.01.
18. Arouca SO. dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 2003.
19. Ribeiro DF da S, Gaspar DRFA, Santos LP, Silva MBT da. The nurse’s professional identity on the Primary Health Care users perception. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022;75(3).
20. Fernandes RMC. Educação Permanente e Políticas Sociais. Campinas: Papel Social. 2016.
21. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71(supl 1):704–9.