

Mapeamento de atores sociais por uma reforma da Atenção Primária à Saúde da Ceilândia-DF

Mapping of social actors for a reform of Primary Health Care in Ceilândia-DF

Waldemir de Albuquerque Costa¹ 

¹Médico. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e especialista em Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Supervisor acadêmico do Grupo Especial de Supervisão do Programa Mais Médicos em áreas indígenas e remotas da Amazônia Legal (GES/PMM). Médico da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Autor correspondente:
doutorwal@gmail.com

Recebido em 16/07/2021
Aprovado em 25/04/2022

RESUMO

A Ceilândia, região administrativa mais populosa do Distrito Federal, Brasil, dispõe de uma rede de Atenção Primária à Saúde (APS) limitada e fragilizada cujos caminhos de mudança institucional e participação popular têm se mostrado insuficientes para assegurar maiores avanços na atualidade.

Objetivo: realizar um mapeamento dos atores sociais do campo da saúde da Ceilândia, elencando características relevantes e potencialidades de cada segmento organizado.

Método: ensaio teórico construído a partir do olhar de um médico de família desta região e da revisão de diversas fontes, tomando por base a teorização de Matus sobre o jogo social na análise e planejamento das políticas públicas.

Conclusão: o estudo se apresenta como um incentivo à articulação destes atores e aponta desafios importantes a serem superados na consolidação de uma Rede Regional que tenha potência para disparar processos de mudança na APS desta região.

Palavras-chave: Sociedade Civil; Atenção Primária à Saúde; Controle Social; Desenvolvimento Regional.

ABSTRACT

Ceilândia, the most populous administrative region of the Federal District, Brazil, has a limited and fragile primary health care network, whose paths of institutional change and popular participation have proven insufficient to ensure greater advances today.

Objective: this article aims to carry out a mapping of the social actors in the field of health in Ceilândia, listing relevant characteristics and potentialities of each organized segment.

Method: this is a theoretical essay built from the perspective of a family doctor in this region and a review of several sources, based on Matus' theorization of the social game in the analysis and planning of public policies.

Conclusion: the study presents itself as an incentive for the articulation of these actors and points out important challenges to be overcome in the consolidation of a Regional Network that has the power to trigger processes of change in primary care of this region.

Keywords: Civil Society; Primary Health Care; Social Control; Regional Development.

INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB), projeto sócio-histórico identificado com a construção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), é um dos frutos das mobilizações populares ocorridas no país no contexto do combate ao autoritarismo político dos anos 1970 e 1980¹. O movimento pela RSB compreendeu diversas forças sociais, sobretudo setores médios e acadêmicos, e promoveu a inclusão de uma práxis contra-hegemônica na esfera das políticas de saúde do Brasil – a participação social². Apesar de ser considerada uma “reforma parcial”, predominantemente setorial e institucional, a RSB trouxe para a organização do SUS características importantes como a concepção ampliada dos determinantes sociais do processo saúde-doença e a criação de um sistema de saúde público, gratuito e de acesso universal¹.

A instituição do SUS, neste sentido, deu início a um lento e tardio processo de reorganização do modelo assistencial vigente no Brasil. Desafios importantes se impuseram no período, como a transição epidemiológica do país, as marcantes desigualdades socioeconômicas nacionais e o crônico subfinanciamento do setor¹. Em meio a tantas adversidades, ganha corpo na agenda política das últimas três décadas a proposta de organização da Atenção Primária à Saúde (APS), concretizada em plano nacional através da Estratégia Saúde da Família (ESF)³. Os cuidados primários, neste contexto, se apresentam como o primeiro nível de contato dos usuários com o sistema de saúde e utilizam ferramentas de cuidado de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, sendo responsáveis pela resolução dos problemas de saúde de maior frequência e relevância de um determinado território e população³. Estudos de compa-

ração internacional identificaram que sistemas de saúde com forte orientação para a APS possuem maior probabilidade de apresentar melhores níveis de saúde e custos mais baixos^{4,5}, evidências que têm instrumentado as mudanças de modelo assistencial em estados e municípios brasileiros.

Em consonância com este processo, o Distrito Federal (DF) vem observando uma complexa transformação de sua rede de saúde a partir do afloramento da APS nas últimas décadas. O sistema de saúde do DF foi submetido a diversas iniciativas de reorganização do modelo de atenção, com destaque para os precursores planos Bandeira de Mello de 1960 e Jofran Frejat de 1979 e o mais recente Converte APS de 2016^{6,7}. Nesta última experiência, o DF vivenciou um aumento de cobertura de ESF 28% para 69% num curto período de dois anos, convertendo todos os modelos de APS local para a ESF. O Converte APS trouxe, desta forma, uma nova perspectiva sobre os caminhos para a expansão da ESF em grandes centros urbanos no Brasil, num desenho distinto de outras capitais^{9,10}. Contudo, as mudanças desenvolvidas no DF foram vivenciadas de forma heterogênea entre suas diversas Regiões Administrativas (RA) – subdivisões territoriais da gestão pública distrital –, guardando diferenças importantes na oferta e distribuição dos serviços de saúde entre o centro e sua periferia^{10,11}.

Neste cenário se insere a Ceilândia, RA situada na Região de Saúde Oeste e que conta com uma população de 461.057 habitantes, a maior do DF¹⁰. A localidade dispõe atualmente de 18 unidades básicas de saúde (UBS) e de uma cobertura de ESF real/consistida de 55%. Além da oferta restrita, a Ceilândia tem trabalhado com um efetivo de servidores bastante reduzido tanto por carência de profissionais (elevado número de equipes da ESF incompletas)^{10,12} quanto pelo alto grau de absenteísmo-doença entre os trabalhadores da região¹³. Esta realidade tem comprometido o funcionamento administrativo, técnico e operacional de suas UBSs e impactado negativamente em aspectos como o acesso e a qualidade da APS¹³. Segundo Fonseca¹¹, essa discrepância regional da ESF se reflete na desassistência de áreas bastante carentes na Ceilândia, considerada até então como o maior “vazio assistencial” do DF, além de ser marcada por grande vulnerabilidade social e econômica¹⁰. Desde 2020, com a eclosão da pandemia de covid-19, a Ceilândia vem apresentando o maior número de casos e mortes pela doença de todo o DF, o que ilustra a urgência de se ampliarem as ações do poder público nesta região¹⁴.

As disparidades regionais da APS no DF têm caráter histórico e envolvem questões políticas de grande complexidade, que limitam em última instância o alcance das iniciativas de mudança dos modelos de atenção à saúde distrital. A realidade sanitária da Ceilândia, como exemplo, possui elementos semelhantes aos descritos por Castro¹⁵ no contexto do Converte APS:

“Uma região com menor tradição em política de APS, com presença de maior atravessamento de interesses privados e corporativos, onde os gestores costumam ser menos perenes e estáveis, associada a uma maior concentração de densidade tecnológica e formação profissional mais especializada em áreas e assuntos afins à atenção hospitalar”. (Castro, 2022. p. 226)

A persistência destas fragilidades acaba trazendo, por um lado, o sentimento de que os caminhos institucionais e as ferramentas políticas participativas utilizadas até então têm se mostrado limitados para assegurar maiores avanços^{2,15,16}. Por outro, mostra a urgência de se buscarem novos olhares sobre a disposição dos atores sociais no território da Ceilândia e de se criarem formas mais eficientes de articulação política regional no campo da saúde.

Para tanto, toma-se a referência de Carlos Matus¹⁷ sobre a abordagem situacional das políticas e da gestão governamental. Segundo o autor, a produção social vigente se apresenta como resultado das relações políticas e estratégicas entre os atores sociais, devendo ser compreendida como um jogo criativo, colaborativo e conflitante. O ator social, nesta perspectiva, é descrito um coletivo de pessoas minimamente estável, com controle sobre recursos relevantes (simbólicos ou materiais) e que, atuando em determinada realidade, é capaz de transformá-la. Assim, as políticas públicas são concebidas dentro da lógica do jogo social, marcado pela complexidade, indeterminação, disputa e movimentação das forças políticas.

Os atores sociais, ao se interconectarem para a formação de ações coletivas numa determinada base territorial, constituem o que chamamos de Redes Regionais (ou Redes de Desenvolvimento Local/Regional)^{18,19}. Estas redes são sistemas abertos que se auto-reproduzem (agregadores ou multiplicadores), são identificados com questões concretas de sua região (contextualizados) e se contrapõem à estrutura piramidal e hierárquica da organização política tradicional (distribuição

de poder)¹⁸. Para a resolução de problemas sociais complexos, como as desigualdades no acesso à saúde, faz-se necessário o compartilhamento das informações que cada ator social dispõe sobre esta realidade e o convívio colaborativo entre seus membros, permitindo a troca de visões e valores essenciais. Desta forma, a complementaridade dos atores em rede faz com que relações frágeis entre as organizações possam evoluir para parcerias mais consistentes e eficazes¹⁹.

Tomando como horizonte uma reforma da APS da Ceilândia que garanta cobertura universal, acesso qualificado e coordenação dos demais níveis de atenção à saúde⁴, mudanças estratégicas precisam ser construídas por meio da atuação em rede da sociedade civil e dos agentes do poder público local^{2,9}. A ampliação, reformulação ou mesmo a criação de uma nova Rede Regional ligada ao setor saúde passa, assim, pela observação de como se situam estes atores dentro do jogo social desta RA.

Este artigo tem por objetivo realizar um mapeamento dos atores sociais da Ceilândia que tenham aproximação com aspectos relevantes da pauta da saúde, elencando as características mais expressivas e as potencialidades de cada segmento organizado.

MÉTODO

O artigo utilizou por base a teorização de Matus¹⁷ sobre o jogo e os atores sociais na análise e planejamento das políticas públicas, situando-a na problemática concreta da rede primária da Ceilândia¹⁰⁻¹⁴ e na imagem-objetivo da reforma da APS regional^{4,9}. Por se tratar de um recurso amplo e de aplicação processual e coletiva, optou-se por um recorte da teoria do jogo social – a identificação inicial dos atores com potencial de interação cooperativa. A leitura de superfície do cenário, ainda que não se atenha às interações antagonistas e às variáveis do triângulo de governo matusiano, traz bases para a construção de diagnósticos mais amplos e na elaboração de planejamentos coletivos.

O contexto da pesquisa se dá no período descrito como “pós-Converte APS”¹⁵, em que os principais desafios da APS já não acontecem nos embates contra o modelo das terceirizações na rede primária, mas na consolidação da ESF como modelo prioritário da APS distrital; na expansão da ESF para os vazios assistenciais do DF; e na superação de desafios políticos específicos da Ceilândia, que fazem a RA apresentar uma rede primária defasada frente a outras regionais^{10,12}.

Com base neste referencial, este estudo se trata de um ensaio teórico construído a partir do olhar de um médico de família e comunidade (MFC), autor da pesquisa e sujeito implicado, que atua na ESF da Ceilândia e que tenta trazer reflexões críticas para a APS desta RA. O estudo foi complementado pela revisão de diversas fontes que auxiliaram na leitura situacional destes atores. Para isso, foram realizadas buscas de publicações na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e de teses e dissertações no Portal de Periódicos CAPES sobre o Controle Social em saúde, movimentos sociais e setores acadêmicos da Ceilândia; e de notícias e artigos nos portais virtuais dos sindicatos do setor saúde do DF sobre sua atuação na APS distrital. Foram acrescentados ainda instrumentos de gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), como o Plano Distrital de Saúde (2020-2023), e relatórios das últimas Conferências de Saúde.

A pesquisa foi subdividida por segmentos políticos (gestores, usuários e trabalhadores), à semelhança da composição do Controle Social do SUS², categorizando os sujeitos de acordo com seu espectro de atuação e relacionamento entre seus pares. Dois grupos em particular, os parlamentares e os setores acadêmicos da saúde do DF, foram incluídos como subcategorias dentro de seus segmentos por reunirem características diversas e de difícil classificação, mas que transitam com maior frequência ou exercem maior influência no segmento indicado.

Por fim, vale destacar que o termo “regional” no corpo deste texto será utilizado com referência às RAs do DF (ex.: Ceilândia), em semântica equivalente à palavra “local”.

SEGMENTOS DO ESTADO E AS TENSÕES POLÍTICAS REGIONAIS

O DF possui a particularidade de reunir as competências legislativas de estado e de município, realidade esta que tem contribuído para a centralização do seu modelo de gestão dos serviços públicos ao longo da história^{6,10}. No campo da saúde, este desenho tem provocado um distanciamento dos processos decisórios da ponta dos serviços e aumentado a burocratização, sobretudo nas RAs de sua periferia^{7,8,20}. Apesar de ainda incipiente, o processo de regionalização distrital tem evoluído nos últimos anos e culminado na implantação das Superintendências Regionais – sete subdivisões administrativas responsáveis pela execução

descentralizada das ações e serviços de saúde – e na assinatura de Acordos de Gestão Regional (AGR)^{10,20}. No caso da Ceilândia, este papel é desempenhado pela Superintendência Regional de Saúde Oeste (SRSOE), subpasta que abrange ainda a RA de Brazlândia e que possui em sua Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) a principal estrutura ordenadora dos serviços de APS local.

As superintendências ainda carecem de uma maior autonomia orçamentário-financeira e de melhorias nas estruturas de contratação local²⁰, mas mesmo assim se destacam como órgãos de autoridade pública regional, o que acaba despertando o fascínio de determinados grupos de interesse^{21,22}. Historicamente, o poder central do Governo do Distrito Federal (GDF) tem cedido espaço nas regionais para parlamentares exercerem suas influências em troca de apoio político, implicando no loteamento de cargos comissionados e no direcionamento de serviços para determinadas bases eleitorais^{21,22}. A política de indicações tem transpassado áreas estratégicas como Saúde e Educação, que possuem grande capilaridade entre as comunidades. Uma das consequências mais simbólicas deste conflito tem se dado na chefia da DIRAPS/Oeste que, somente nos primeiros 12 meses da pandemia, teve o posto de diretor trocado três vezes sem justificativas expressas²³, refletindo a grande rivalidade política de bastidores na região.

Além dos cargos centrais de gestão regional, os postos de gerência de serviços das UBS também têm passado por alta rotatividade²³, com exonerações abruptas e indicação de profissionais muitas vezes sem experiência na administração pública, sem formação direcionada para a APS e sem vinculação com a comunidade local. Esta realidade contrasta com a de outras capitais de grande porte, como Rio de Janeiro e São Paulo^{24,25}, cujas seleções para gerência de UBS passaram a exigir a obrigatoriedade de graduação na área da saúde, pós-graduação (especialização/MBA/mestrado) em áreas afins e conhecimento em sistemas de saúde/informação da área pública (SIGA, e-SUS etc.). Num caso notório da Ceilândia, a SRSOE chegou a indicar um técnico administrativo, do setor de segurança e transporte da carreira militar, para o cargo de gerente de uma de suas UBSs²³. Este cenário tem resultado em atravessamentos políticos e rupturas recorrentes no processo de trabalho dos gestores da RA, dificultando a qualificação e consolidação de propostas estratégicas na APS local.

Contudo, os conflitos na administração regional da saúde não são recentes, mas vêm se estendendo por diversos governos do DF. Em 2006, o agravamento dos embates na região resultou na apresentação de uma moção de repúdio na plenária final da VIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde²⁶:

Moção de Repúdio ao gestor regional dos centros de saúde de Ceilândia (DF), que não repassa informações, agride e persegue os trabalhadores da saúde, não participa e proíbe a participação dos trabalhadores em reuniões com os conselheiros, expulsa e coloca vigilantes para escoltar conselheiros representantes de usuários quando estes ingressam nos centros de saúde. (Brasil, 2006. p.163)

A despeito destes tensionamentos, parte-se da compreensão de que a SRSOE desenvolve e reflete o que chamamos de Modelo de Administração Pública heterogêneo (padrão hegemônico, com simbiose de modelos patrimonialistas, burocráticos e gerenciais)²⁷, agregando vertentes ora mais conservadoras, ora mais progressistas e modernizantes de gerenciamento. Neste espaço, mostra-se presente um corpo de profissionais das áreas técnicas da gestão regional (conhecidos como “segundo escalão” – gerências técnicas, núcleos de gestão e referências técnicas de categoria) que, além de permanecerem nos cargos por períodos mais longos do que os gestores da alta cúpula, possuem qualificação mais direcionada para suas funções²⁸ e realizam disputas internas importantes pela melhoria do trabalho em saúde na RA. Ainda que seu poder de decisão seja limitado, estes profissionais são de grande importância para a composição de uma Rede Regional em prol da APS da Ceilândia e podem servir de ponte para demandas populares transitarem no repertório da gestão local.

Outro espaço relevante de interlocução com o governo e de fiscalização das ações do poder público tem sido o Controle Social da saúde, institucionalizado nesta RA por meio do Conselho Regional de Saúde da Ceilândia (CRSC). O conselho se vincula à SRSOE, acompanhando diretamente a rede de saúde da Ceilândia, e remete demandas e proposições para o Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF), instância superior de deliberação distrital. Implantado desde 1996, o CRSC mantém reuniões mensais abertas à população e congrega representantes dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores. Em seu histórico recente, o segmento gestor tem sido o que mais pautou as

reuniões do CRSC, apesar dos temas propostos contemplarem em sua grande maioria os direitos dos usuários. Além disso, os gestores foram o segmento que apresentou maior frequência nas reuniões do conselho, seja nos eventos ordinários ou extraordinários¹⁶.

Neste sentido, a presença assídua da gestão e sua abertura para pautas de interesse popular nos encontros do CRSC cria uma oportunidade de articulação e de pressão política sobre o poder público que pode trazer resultados positivos para a APS da Ceilândia. Apesar das fragilidades já conhecidas do Controle Social no país², principalmente na execução/concretização das ações deliberadas nestes espaços, o conselho pode servir como espaço de aglutinação de atores sociais dispersos da região e de aprofundamento das discussões sobre a rede primária da Ceilândia.

Subgrupo dos Parlamentares do DF

Para além da gestão executiva, o Poder Legislativo (deputados distritais e federais e senadores) – incluído neste segmento por suas atribuições e funções entre os Poderes de Estado – tem se colocado como palco de disputas relevantes no setor saúde, como a fiscalização das obras dos hospitais de campanha e o fomento à vacinação para covid-19 no DF. Alguns destes políticos chegam a ocupar provisoriamente cargos na gestão distrital, como a chefia das secretarias de governo ou das administrações regionais, o que reforça sua aproximação com os núcleos de decisão do Estado.

Sugere-se neste artigo uma busca pelo diálogo com os parlamentares eleitos com mais votos pela Ceilândia (zonas eleitorais 08, 16 e 20), que em tese possuiriam melhor trânsito e responsabilidade de contrapartida para esta RA; e com os integrantes da Comissão de Educação, Saúde e Cultura (CESC) da Câmara Legislativa do DF (CLDF), plenária que analisa matérias destes temas e onde têm sido realizadas importantes audiências públicas sobre a saúde distrital. Ainda que parte destes congressistas tenha posicionamentos políticos bastante divergentes dos ideais da RSB, seus mandatos podem ser utilizados como bloco de pressão sobre o poder público distrital para a conquista de mudanças na rede de saúde da Ceilândia e para dar visibilidade aos problemas da APS local. Além disso, alguns destes políticos são os mesmos responsáveis pelas indicações na gestão regional devendo, portanto, ser cobrados pela qualificação deste quadro de profissionais. Os gabinetes destes

parlamentares são abertos ao público para a realização de reuniões e audiências e, com certa frequência, os mesmos participam de atividades comunitárias onde podem ter suas equipes acionadas para o diálogo com a população.

MOVIMENTOS DE USUÁRIOS E O RECORTE SETORIAL DA SAÚDE

A luta por direitos sociais na Ceilândia remete ao período de sua própria implantação, no início dos anos 1970²⁹. Construída a partir de um excludente processo urbanístico, a nova RA apresentava-se sem infraestrutura urbana ou comunitária e numa distância de mais de 30 km do centro da nova capital. Somente seis anos após a sua implantação é fornecida água encanada para seus moradores, com a construção da caixa-d'água símbolo da região. O precário investimento público na RA e seu isolamento geográfico culminaram num processo ainda mais severo de segregação social e econômica que deixam até hoje marcas profundas na sociedade do DF³⁰.

Neste cenário, emergiram diversos movimentos populares em torno da questão central da moradia, com destaque para os Incansáveis Moradores de Ceilândia (MIMC) e a Associação dos Inquilinos de Ceilândia (AIC). Os movimentos lutavam contra as cobranças abusivas da Companhia Imobiliária de Brasília (TERRACAP) na regularização dos lotes habitados, pela abertura de novas áreas para a construção de moradias e por melhorias básicas na região. As mobilizações tiveram grande impacto na politização dos moradores e trouxeram vitórias importantes na configuração do espaço desta RA.

Na pauta da saúde, existem poucos relatos sobre os movimentos precursores do tema nesta RA, como o antigo “núcleo-Ceilândia” do Movimento Popular de Saúde (MOPS). Os registros descrevem sua criação nos anos 1980, a partir dos seminários de Saúde Comunitária do MIMC, e suas principais atuações giravam em torno da coleta de lixo e saneamento básico na região e do resgate das práticas populares de saúde, como uso de plantas medicinais²⁹. O movimento chegou a contar com a assessoria da Universidade de Brasília (UnB) por meio de projetos de extensão entre 1987 e 1988. Após mais de uma década sem atividades descritas, a Ceilândia sediou o encontro de representantes estaduais do MOPS/nacional em 2002, na tentativa de ampliar a articulação nacional do movimento, que se encontrava bastante fragilizado já há alguns anos – contudo, não existem relatos da

continuidade do núcleo após este evento. Por outro lado, autores como Nascimento²⁹ apontam que a criação da Faculdade de Ceilândia (FCE/UnB), que abriga diversos cursos da área da saúde, é tributária em parte da história do MOPS na região.

Na atualidade, um dos movimentos de maior interface com a área saúde da RA tem sido o Movimento Popular por Uma Ceilândia Melhor (MOPOCEM), nascido em 2010 no contexto das disputas políticas pela indicação do cargo de administrador regional³¹. O MOPOCEM é um dos desdobramentos do Centro de Educação Paulo Freire de Ceilândia (CEPRAFE) – movimento de alfabetizadores atuante na região desde o final dos anos 1980 – e que funciona como uma frente de trabalho mais ampla, englobando outras áreas de atuação política como a saúde, cultura e urbanização da RA. Mesmo com um pequeno número de integrantes, a entidade tem participado de diversos espaços institucionais, como o CRSC, e trabalhado pela formação, comunicação e mobilização dos moradores através de seminários e atos públicos.

Além do MOPOCEM, outras organizações populares têm construído a agenda do Controle Social na Ceilândia, com destaque recente para a VI Conferência de Saúde da Região Oeste (2019) e a reunião da Rede Intersetorial de Enfrentamento da covid-19 em Ceilândia (2020). No CRSC, os usuários compõem 50% dos assentos, entre os quais predominam as entidades religiosas e as associações de portadores de necessidades especiais e de patologias¹⁶. Apesar da paridade deste segmento, estudos apontam para uma fragilidade em geral na representação dos usuários nos conselhos de saúde brasileiros, com predomínio de entidades sociais em demandas “auto-favoráveis” – relacionadas direta ou indiretamente com o benefício da própria instituição². Grande parte dos conselheiros estaria agindo em proveito de subpúblicos, sem representar de fato o bem comum e os interesses coletivos.

No contexto do DF, pesquisas sobre o Controle Social indicam que as principais reclamações dos conselheiros usuários estão relacionadas com o atendimento nos hospitais regionais e nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e que seu empenho tem se direcionado à construção de mais hospitais em suas localidades, pouco dialogando com as questões da ESF³²⁻³⁴. Revelou-se ainda que as demandas da população têm aparecido em sua grande maioria sob a forma de denúncias inconclusas, dentre as quais pouquíssimas acabam sendo submetidas a encaminhamentos/posiciona-

mentos oficiais do CSDF³². Além disto, os presidentes dos conselhos regionais de saúde (CRS) estariam exercendo seus mandatos quase que sozinhos em face à grande desmobilização dos demais conselheiros e entidades, descaracterizando ainda mais estas instâncias como espaço de debates e decisões coletivas³³.

O CRSC, para além destas disputas particulares, apresenta limitações institucionais já que não possui poder de deliberação sobre aspectos orçamentários da pasta. Este formato reproduz o modelo organizacional do GDF que, na atribuição conjunta de estado-município, acaba centralizando as decisões administrativas nas instâncias superiores de gestão³². A concentração normativa e de recursos sobre o CSDF tem contribuído, desta forma, para o esvaziamento do Controle Social nas esferas regionais – na prática, das 30 RAs do DF, apenas 14 contam com conselhos regulares e em exercício de mandato³⁵. A estrutura operacional dos CRSs é, em geral, bastante precária, funcionando na maioria das vezes sem sede própria (executando suas funções no interior de outros serviços de saúde, como o Hospital Regional de Ceilândia – HRC no caso do CRSC) e desfalcados de profissional técnico-administrativo, computadores, internet, impressoras, telefones ou outros equipamentos de apoio^{32,33}.

Diante deste cenário, o CRSC se mostra como um espaço de atuação em construção, permeado por avanços e retrocessos e que ainda carece de maior participação popular, além da necessidade de disputa frente a outras instâncias de decisão política¹⁵. Faz-se necessário aprimorar a representação dos usuários no Controle Social, trazendo para o conselho um maior número de entidades e moradores da RA e evitando o isolamento das lideranças. Por outro lado, o debate sobre a APS da Ceilândia encontra-se escanteado frente às demandas dos demais níveis de atenção³²⁻³⁴, o que coloca em jogo a necessidade de articulação com outros segmentos (gestores e trabalhadores) para inserir de modo mais frequente a rede primária como pauta de discussão junto às entidades sociais já presentes no CRSC – explorando pontos como seu impacto e potencial para reorganização da rede de saúde como um todo.

Para além da esfera direta da saúde, a Ceilândia conta com várias iniciativas populares na luta por direitos sociais. Em levantamento realizado em 2009²⁹, a região dispunha de 37 organizações ativas entre associações de bairro, organizações não-governamentais (ONG), organizações estatais e grupos de

informação. As principais pautas identificadas eram ligadas ao campo da educação (profissionalizante, alfabetização de jovens e adultos, creches-escolas e berçários públicos), destoando assim do tema do acesso à moradia, marcante nos primeiros anos de construção da RA. Durante a pandemia, também ganharam destaque iniciativas de combate à fome na região, como as realizadas pela Central Única de Favelas (CUFA-Ceilândia e CUFA-Sol Nascente) e a Rede Urbana de Ações Socioculturais (RUAS) junto a famílias em situação de vulnerabilidade³⁶. A RUAS, em parceria com a Caixa Seguradora, tem desenvolvido ainda o programa Jovem de Expressão, com oferta de diversos cursos, atendimento psicológico, exposições e oficinas de arte e cultura em sua sede na Praça do Cidadão, Ceilândia Norte. Por fim, as “experiências públicas”³⁷ não-institucionalizadas, como o movimento hip hop da Ceilândia (com expressões importantes no campo da música, dança e artes visuais), vêm desempenhando papel significativo entre a população jovem e trazem em si um texto social bastante politizado, que pode ser abraçado e impulsionado pelos demais movimentos da região.

Abre-se, desta forma, um novo desafio: os atores da saúde precisam ultrapassar os limites de seu espectro político setorial e aumentar o seu trânsito em diferentes círculos de ação social da Ceilândia – como os movimentos sociais de juventude e os ligados à educação, muito mais pujantes e capilarizados na região^{29,37}. Nestes espaços, é preciso colaborar com outras demandas materiais e simbólicas da população, tornando possível o aprendizado sobre novas formas de organização comunitária e permitindo, em contrapartida, a aproximação dos usuários das questões cotidianas em que a saúde se insere. Em outras palavras, trabalhar “com, para e pela comunidade”^{18,19}, contribuindo para que a saúde não se torne uma frente elitista e burocratizada (restrita a uma pequena casta política) ou corporativista (no caso das entidades com representações auto-favoráveis), mas engajada e intersetorial. Um desafio complexo, mas necessário para romper a estagnação do segmento, sobretudo num período de grande desmobilização do Controle Social no DF.

SEGMENTO DOS TRABALHADORES: LUTAS SINDICAIS E OS DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DA “OBRA”

As lutas trabalhistas na área da saúde do DF se tornam mais expressivas a partir dos anos 1970

e 1980 com a criação dos principais sindicatos e associações profissionais da região. Estas instituições contribuíram com o movimento da RSB à época e participaram, em certa medida, da configuração da rede de saúde do DF no período pós-constituente^{33,38,39}.

Com o processo de abertura política e o crescimento da autonomia dos sindicatos, o movimento de trabalhadores da saúde foi se categorizando e dando origem a diversas entidades de classe profissional. Surgem assim os atuais sindicatos da saúde no DF, com destaque para o dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde (SindSaúde), Auxiliares e Técnicos em Enfermagem (SINDATE), Enfermeiros (SindEnfermeiro), Médicos (SindMédico), Odontologistas (SODF) e Agentes de Vigilância Ambiental em Saúde e Agentes Comunitários de Saúde (SINDIVACS).

As reivindicações destes sindicatos foram passando por modificações ao longo dos anos, evoluindo de pautas básicas para disputas políticas mais amplas. Até o início dos anos 2000, os principais pleitos giravam em torno da criação de carreiras categorizadas no serviço público distrital (ex.: Carreira de Enfermeiro da SES-DF³⁸) e da redução das jornadas de trabalho (ex.: redução de 24 para 20 horas a jornada semanal de trabalho mínima do médico no DF³⁹). A partir de então, a maior bandeira do segmento passa a ser a luta contra o processo de terceirização com a implementação de Organizações Sociais (OS) na gestão de unidades públicas de saúde do DF^{38,39} – disputa presente até hoje no governo distrital. Neste confronto buscava-se a preservação do SUS no DF, combatendo o desvio de recursos, os *lobbies* privatistas e a precarização do trabalho dos profissionais de saúde.

Outro aspecto marcante neste período foi a luta pela incorporação de benefícios trabalhistas, pelo aumento do piso de remuneração e pela melhoria das condições de trabalho. Através da atuação destas entidades, foram alcançadas conquistas significativas como a Lei do Descanso Digno (5.885/2017) e a aposentadoria em regime especial de profissionais de saúde da SES-DF³⁸.

Por outro lado, as disputas políticas entre os trabalhadores da APS e o governo distrital se acirram após a criação do CoverteAPS em 2016⁸. Em seu processo de implantação, centenas de profissionais da APS de modelos concorrentes foram convertidos e alocados na ESF, oferecendo-se para isto capacitações específicas e a composição de equi-

pes de transição nas UBS⁷. O plano obteve maciça adesão de enfermeiros e técnicos de enfermagem, mas foi rejeitado em sua maioria pelos médicos das UBS tradicionais (adesão inferior a 1/3 do efetivo). Apesar das contrapartidas da SES-DF, a condução do Coverte APS recebeu duras críticas do movimento sindical⁸, sobretudo na verticalidade de implantação do plano, na fragilidade da oferta de formação aos médicos e na defasagem da rede primária resultante, que estaria expandindo artificialmente a cobertura de ESF às custas de equipes incompletas (muitas delas sem médicos e com apenas um agente comunitário de saúde – ACS). Entre 2016 e 2018, os sindicatos da saúde do DF participaram ativamente de audiências públicas na CLDF^{38,39} para a discussão do tema e em 2019 publicaram uma nota conjunta demonstrando receio quanto ao processo de conversão. O SindMédico foi o mais enfático, chegando a sugerir em 2018 o encerramento do Coverte APS para o recém-eleito governador Ibaneis Rocha³⁹, como ilustrado por Castro¹⁵ em sua tese de doutorado:

(segundo os gestores entrevistados) alguns dos profissionais ‘não-convertidos’ (...) não acompanharam a rápida evolução da implementação do Coverte APS, sendo que se percebeu uma aposta pelo insucesso da política – dando espaço para o ‘reverte’ – ou mesmo uma desistência da manutenção do cenário, dada a formação oferecida ter sido incipiente, não atrelada a uma política de educação permanente ou mesmo uma maior interface com as instituições de ensino da cidade. (Castro, 2022. p. 224)

Mesmo diante destes conflitos, os governos de Rodrigo Rollemberg (2015-2018) e de Ibaneis Rocha (2019-atual) sustentaram a unificação da rede primária sob a ESF nos moldes do Coverte APS¹⁵. Gestores de ambos os mandatos têm apresentado em contraponto: as limitações orçamentárias do GDF (agravadas posteriormente com a pandemia de covid-19); o contraste das altas remunerações dos profissionais da APS distrital quando comparados com outras Unidades Federativas, dificultando novas contratações; e os *lobbies* de interesse privado e corporativo dos sindicatos de trabalhadores da saúde, apoiados muitas vezes por políticos locais e da esfera nacional, que estariam impedindo mudanças mais graduais/longitudinais na rede de saúde^{7,8,15,38,39}.

Apesar do distanciamento produzido no período entre trabalhadores e a gestão distrital, a história da APS no país tem sido marcada por momentos

de avanços a partir da confluência de distintas forças políticas. Experiências municipais exitosas de APS nos anos 1980 e 1990, como as vivenciadas em Niterói-RJ, Montes Claros-MG e Londrina-PR, contaram com forte cooperação entre profissionais de saúde, gestões locais e universidades^{2,9}. Mesmo com pontos de tensão interna, a sensação de pertencimento e de construção de uma “Obra” (coletiva e afetiva, nos dizeres de Campos⁴⁰) trouxe um grande engajamento de seus participantes que resultou em legados duradouros nas redes locais de saúde. Não se trata, contudo, de mascarar as relações de trabalho nestas localidades nem tampouco de ignorar as reivindicações específicas de cada categoria profissional, mas sim de colocar em discussão uma luta ampliada – a construção de redes robustas de APS como uma forma de impactar positivamente o cotidiano das próprias equipes⁴⁰.

A alienação do trabalho, como despreendimento do “criador” e sua “Obra”⁴⁰, no caso dos profissionais da APS tem contribuído para o isolamento corporativo dos sindicatos da saúde e seu afastamento dos movimentos populares no DF. A rede primária, desta forma, seria compreendida como uma figura etérea sob responsabilidade quase que exclusiva dos gestores, restando aos profissionais a disputa particular por benefícios de suas categorias⁸. Esta realidade tem se mostrado presente em outros momentos históricos do país, como no desencontro entre o movimento da RSB e o movimento sindical da Saúde do Trabalhador no final do século XX¹. As contradições deste processo teriam colaborado para a grande expansão dos planos e seguros de saúde corporativos no país, chancelados em sua maioria por instituições como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), e esvaziado bases políticas importantes de apoio do SUS¹.

Percebe-se, neste contexto, que as fragilidades da rede primária da Ceilândia acabam agindo como um fator de sobrecarga e adoecimento dos servidores da saúde muitas vezes mais relevante do que determinadas gratificações trabalhistas⁴¹. E, de igual modo, reconhece-se no fortalecimento da APS local uma estratégia importante de melhoria da qualidade de trabalho, redistribuindo as demandas entre os diversos pontos da rede, aumentando o apoio lateral entre os profissionais e reduzindo a “pressão de porta” nos serviços. Estudos sobre *burnout* em profissionais da APS de São Paulo-SP apontam para o impacto significativo da pressão assistencial no esgotamento físico e psíquico das equipes e no crescimento do absenteísmo-doença⁴¹. Neste sentido,

ultrapassar o limite das reivindicações individuais e traçar agendas comuns (Ex: preenchimento das equipes e a expansão da cobertura de ESF na RA) entre o movimento sindical da saúde, movimentos populares e iniciativas da gestão regional podem ser passos potentes para a melhoria do trabalho na APS, trazendo assim benefícios coletivos e retornos de longo prazo na região.

Além dos sindicatos, outra organização de trabalhadores valiosa para o contexto da Ceilândia é a Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (ABMFC), responsável por esta especialidade médica e por seus profissionais no território do DF. A associação possui caráter científico, atuando pelo aprimoramento dos médicos da APS e discutindo questões relevantes da rede distrital de saúde. Sua influência no DF tem crescido na última década, quando houve a ampliação do número de MFCs associados de 102 para 222 entre 2012-2018⁴². Além disso, teve importância significativa na criação da carreira de MFC da SES-DF, na criação da Referência Técnica Distrital (RTD) em MFC e na consolidação e expansão dos programas de residência em MFC no DF⁴². Na realidade da Ceilândia, a associação foi decisiva na expansão da residência em Rede de MFC da SES-DF para as UBSs 02 e 10, trazendo mais profissionais e oportunidades de qualificação do trabalho na região.

A partir de 2017, a ABMFC passou a atuar de maneira mais próxima à SES-DF no apoio ao processo de conversão da APS distrital, seja compondo cargos na administração do GDF, como também participando das capacitações do CovertAPS para médicos das UBS tradicionais^{7,15,42}. Em 2019, a associação emitiu uma nota pública em defesa do formato da ESF distrital diante de possíveis mudanças de modelo assistencial pelo novo governo, que acabaram não se concretizando. Em 2020, emitiu outra nota alertando sobre a gravidade da pandemia de covid-19 no DF e posicionando-se contrária às decisões do GDF de redução das medidas de distanciamento social.

Diante desta trajetória, a ABMFC pode agir como instituição aglutinadora dos MFCs da Ceilândia a partir de uma atuação regionalizada, sobretudo na esfera formativa, e servir como ponte para as demandas destes profissionais junto à gestão distrital, em contato com núcleos mais centrais da SES-DF (ex.: Coordenação da Atenção Primária à Saúde, Diretoria da Estratégia Saúde da Família etc.) – sem depender estritamente da anuência dos intermediários regionais.

Subgrupo dos Setores Acadêmicos da Saúde

Podem ser incluídos ainda no segmento dos trabalhadores setores acadêmicos de maior importância local, em especial a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e a FCE/UnB. As instituições formativas estão diretamente envolvidas com os serviços de saúde da região e com isto compartilham os desafios das equipes e de sua rede primária como um todo. Na APS da Ceilândia, a ESCS é responsável pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), que utiliza como campos de prática as UBS 08 e 10, além do Consultório na Rua⁴³. O programa conta hoje com residentes de 10 profissões da área da saúde e compõe, entre docentes e estudantes, grande parte do efetivo destas unidades⁴⁴. Durante a pandemia, seus profissionais foram decisivos no monitoramento dos casos de covid-19 e seus contactantes e na reabilitação de pacientes com sequelas da doença. Junto com as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os residentes vêm se tornando referência nas atividades de educação permanente em saúde nestas unidades⁴⁴.

Além da RMSFC, a FCE/UnB também se relaciona diretamente com a rede primária desta RA, vivenciando sua realidade e colaborando com os campos de prática. O *campus* da Ceilândia conta atualmente com diversos cursos na área da saúde que

realizam estágio em nove UBS da região. Além de contribuir na assistência aos usuários, os estudantes desenvolvem ao fim dos estágios, projetos de intervenção direcionados às equipes e territórios adscritos e pesquisas de campo⁴⁵. A FEC/UnB tem auxiliado ainda, através de seu corpo docente, como mediadora das conferências regionais de saúde e em assessorias para a SES-DF, dando suporte para a construção de políticas públicas na região.

Neste sentido, estas duas instituições possuem vivências e contribuições teóricas de grande importância para a rede primária da Ceilândia, podendo assumir um papel de destaque na composição da Rede Regional pró-APS desta RA. A esfera acadêmica, transitando entre os mundos participante/observador dos serviços, tem capacidade de produzir análises sobre a realidade sanitária da região de um modo nem sempre possível pelos profissionais das UBS, muitas vezes fragilizados pela sobrecarga da assistência. Desta forma, a composição deste “universo ampliado” de trabalhadores apresenta potencialidades bastante superiores à dos atores sociais dispersos em reivindicações pontuais.

Após a apresentação e discussão sobre cada segmento político, segue abaixo uma tabela com a síntese dos principais atores sociais relacionados à APS da Ceilândia e suas potenciais contribuições (Quadro 1):

Quadro 1

Principais atores sociais e potencialidades para a Rede Regional pró-APS da Ceilândia-DF, 2022.

SEGMENTO POLÍTICO	ATORES SOCIAIS	POTENCIAIS CONTRIBUIÇÕES
Segmento Gestor	Gerências técnicas, núcleos de gestão e referências técnicas de categoria da SRSOE	Inclusão das pautas da APS no repertório da gestão, formulação de políticas e fomento ao CRSC
	Subgrupo – Parlamentares do DF: Políticos eleitos com mais votos pela Ceilândia	Pressão política direta, fiscalização do poder público e qualificação das indicações para cargos gerenciais
	Subgrupo – Parlamentares do DF: Comissão de Educação, Saúde e Cultura/ CLDF	Debate/formação dos usuários e trabalhadores, pressão política direta e fiscalização do poder público
Segmento de Usuários	MOPOCEM	Debate/formação dos usuários e mobilização da comunidade
	Entidades religiosas e as associações de portadores de necessidades especiais e de patologias vinculadas ao CRSC	Mobilização da comunidade e visibilidade das demandas no Controle Social
	Movimentos populares e “expressões públicas” da Ceilândia para além da saúde	Mobilização da comunidade e amadurecimento político da Rede Regional

SEGMENTO POLÍTICO	ATORES SOCIAIS	POTENCIAIS CONTRIBUIÇÕES
Segmento de Trabalhadores	Sindicatos de trabalhadores da saúde (SindSaúde, SINDATE, SindEnfermeiro, SindMédico, SODF e SINDIVACS)	Observação técnica da rede primária, mobilização dos trabalhadores, visibilidade das demandas no Controle Social, execução prática das políticas
	ABMFC/RMFC SES-DF	Aglutinação regional dos MFCs, formação dos trabalhadores, ponte para as demandas da APS na gestão
	Subgrupo – Setores Acadêmicos da Saúde: ESCS/RMSFC	Formação dos trabalhadores, produção científica e formulação e execução prática das políticas
	Subgrupo – Setores Acadêmicos da Saúde: FCE/UnB	Formação dos trabalhadores, produção científica e formulação e execução prática das políticas

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de uma agenda de reformas para APS da Ceilândia é um caminho desafiador e que requer forte articulação de forças políticas locais. Percebe-se no jogo social a implicação destes atores e a necessidade de consolidação de uma Rede Regional no campo da saúde que possa trazer novas configurações às políticas públicas desta RA.

Como uma leitura inicial deste cenário, o ensaio buscou através do ponto de vista de um MFC da Ceilândia mapear os atores sociais que se relacionam com a pauta da saúde na região e suas potenciais contribuições (interações de cooperação). De modo parcial, foram focados os problemas da rede primária local, a imagem-objetivo da reforma da APS, o contexto político e os sujeitos relevantes para a transformação desta realidade. Contudo, são necessárias pesquisas adicionais que captem o discurso em particular destes três segmentos, analisando com maior riqueza de detalhes as ideias, objetivos, agenda prioritária e estratégias de ação de seus atores e representantes. Além disto, cabe a complementação da matriz teórica de Matus¹⁷ classifican-

do quais seriam os atores centrais e os coadjuvantes deste jogo social, bem como sua atuação enquanto aliados, oponentes ou indiferentes às propostas de mudança.

Apesar das limitações do método, o estudo se apresenta como um incentivo à reunião de atores dispersos num cenário de grandes adversidades na saúde da Ceilândia. Teremos agendas relevantes de participação democrática entre os anos de 2022 e 2023 que podem servir de gatilho para estes diálogos, como a Conferência Distrital de Saúde Mental (2022), as eleições para governador, senador e deputados do DF (2022) e as Conferências Distrital e Regional-Oeste de Saúde (2023), além das reuniões periódicas do CRSC. E, neste contexto, cabe destaque para o papel da academia, que pode agir estrategicamente como mediadora destas aproximações e produtora de diagnósticos situacionais com maior visibilidade entre os espaços de gestão da saúde. São caminhos, ainda que modestos, mas que podem impactar a práxis dos movimentos locais e influenciar as escolhas da gestão distrital, rompendo a inércia política que impregna boa parte do poder público da região. Até lá, a APS da Ceilândia resiste e anseia por dias melhores.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a Compreensão e Crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
2. Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde em Debate. 2018 Mar; 37(96):139-47. DOI: 10.1590/S0103-11042013000100016.

3. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*. 2018 Set; 42(spe1):18-37. DOI: 10.1590/0103-11042018S102.
4. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde; 2002.
5. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, *et al*. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice* 2013; 63 (616): e742-e750. DOI: 10.3399/bjgp13X674422.
6. Göttems LBD, Evangelista MSN, Pires MRGM, Silva AFM, Silva PA. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009 Jun; 25(6):1409-19. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000600023.
7. Corrêa DSRC, Moura AGOM, Quito MV, Souza HM, Versiani LM, Leuzzi S, *et al*. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva Métricas*. 2019 Jun; 24(6):2031-41. DOI: 10.1590/1413-81232018246.08802019.
8. Fonseca HLP. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019 Jun; 24(6): 1981-90. DOI: 10.1590/1413-81232018246.07902019.
9. Pinto LF, Hartz ZMA. Experiências em atenção primária em 25 anos da Revista *Ciência & Saúde Coletiva*: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva Métricas*. 2020 Dez; 25(12):4917-32. DOI: 10.1590/1413-812320202512.24882020.
10. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2020-2023. Brasília, 2019.
11. Fonseca HLP. A Reforma da Saúde no Distrito Federal: gestão resolutive e evidências de efetividade. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal: Brasília; 2019. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_saude_distrito_federal_gestao_resolutiva_evidencias_efetividade.pdf
12. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Superintendência Regional de Saúde Oeste. Núcleo de Captação e Análise de Informações do SUS. Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação. Boletim de Recursos Humanos da Região de Saúde Oeste. 07mai2021. Brasília; 2021.
13. Lemos DS, Escalda PMF, Paz LPS, Leão ALM. Absenteísmo-doença entre servidores públicos do setor saúde do Distrito Federal. *Rev Bras Med Trab*. 2018;16(3):336-45. DOI: 10.5327/Z1679443520180246.
14. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins Informativos DIVEP/SVS – COVID-19. Informes sobre a doença pelo Coronavírus (COVID-19). [acesso 2021jul. 05]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/boletinsinformativos-divep-cieves/>
15. Castro TF. Reestruturação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal e aspectos do “Converte APS-DF” (Tese). Doutorado em Saúde Coletiva. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2022.
16. Pina AR M. Participação popular em saúde: um estudo sobre o conselho regional de saúde de Ceilândia, Distrito Federal-Brasil. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.* [Internet]. 29º de março de 2016 [citado 6 jul 2021];5(1):234-5. DOI: 10.17566/ciads.v5i1.283.
17. Matus C. Teoria do jogo social. São Paulo: Fundap; 2005.

18. Villasante TR. *Redes e Alternativas: Estratégias e estilos criativos na complexidade social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
19. Dutra PH, Santos CM, Dias CA, Higuchi AK. A estratégia de desenvolvimento local pela atuação em rede do poder público com as organizações da sociedade civil: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 6, p. e120962681, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i6.2681.
20. Gottens LBD, Bittencourt RJ, Santana MIRL, Pires MRGM, Campo J. Contratualização regionalizada de serviços públicos de saúde no Distrito Federal: relato de experiência. *Rev Gestão & Saúde (Brasília)* 2015 dez; 7(1): 282-308.
21. Normandes DM. Análise do patrimonialismo na Administração Pública do Distrito Federal. *Revista do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (Brasília)*. 2014; 8:13-52.
22. Caixeta F, Medeiros B. Portal Metrôpoles. Operação da PCDF escancara corrupção nas administrações regionais. [Internet]. 27 jul 2018 [citado 6 de jul 2021]. Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/operacao-da-pcdf-escancara-corrupcao-nas-administracoes-regionais>
23. Governo do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal. [citado 6 jul 2021]. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/>
24. Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde – IABAS. Processo seletivo interno – Gerente Técnico da Estratégia Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. [Internet]. 2017. [citado 6 jul 2021]. Disponível em: http://iabas.org.br/?page_id=1688
25. Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim – CEJAM. Processo Seletivo: Edital Nº. 058/2020 Gerente de Unidade de Saúde (Interno e Externo). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. [Internet]. 27 jan 2020. [citado 6 jul 2021]. Disponível em: <https://cejam.org.br/portal/processo-seletivo/839fbff0-410a-11ea-9a20-fd527740c413>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde: resgate histórico do controle social no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/plenaria_nacional/1_a_12_relatorio_plenaria_nacional.pdf
27. Campelo GSB. Administração pública no Brasil: ciclos entre patrimonialismo, burocracia e gerencialismo, uma simbiose de modelos. *Ciência & Trópico* [Internet]. 21 jan 2013 [citado 8 jul 2021];34(2). Disponível em: <https://fundaj.emnuvens.com.br/CIC/article/view/871>
28. Galavote HS, Franco TB, Freitas PSS, *et al.* A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, 2016; 25(4):988-1002. DOI: 10.1590/S0104-12902016158633
29. Nascimento GR. Ceilândia e memórias na vida da educação de jovens e adultos: a história do lugar na formação do trabalhador e da trabalhadora. (Dissertação). Mestrado em Educação. Brasília: Universidade de Brasília; 2019.
30. Loddi LBR, Lima CHM. Remoções/Resistências: Palavras em disputa na formação urbana e no cotidiano de Ceilândia. *Seminário Internacional de Investigações Urbanismo* [Internet]. 2020 [citado 6 jul 2021]; 1(1):1-12. DOI: 10.5821/siu.10229.
31. Movimento Popular por uma Ceilândia melhor – MOPOCEM. I Seminário do MOPOCEM: A Ceilândia que queremos. [internet]. 11 dez 2010 [citado 6 jul 2021]. Disponível em: <http://forumeja.org.br/df/node/1985>
32. Pereira EM. O Controle Social no SUS: análise da capacidade democrática dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal (Tese). Doutorado em Ciências da Saúde. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.

33. Moura LM. A percepção dos presidentes dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal acerca do Controle Social em saúde (Dissertação). Mestrado em Ciências da Saúde. Brasília: Universidade de Brasília; 2008.
34. Eri Shimizu HE, Silva JR, Moura LM, Bermúdez XPD, Odeh MM. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(9):2899-910. DOI: 10.1590/1413-81232015209.20592014.
35. Governo do Distrito Federal. Tribunal de Contas (TCDF). Escola de Contas Públicas (Escon). Cartilha de orientação para conselheiros de saúde do DF. Brasília: TCDF; 2018.
36. Comunidades, Organizações e Pessoas – COEP Brasil. Sociedade civil e combate ao coronavírus (COVID-19): Distrito federal. [Internet]. 2020 [citado 06 jul 2021]. Disponível em: <http://coepbrasil.org.br/coronavirus-distrito-federal/>
37. Peres JLP. Reinterpretando o fluxo das políticas públicas a partir da experiência: do pragmatismo crítico ao Hip Hop da Ceilândia/DF (Tese). Doutorado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional. Brasília: Universidade de Brasília; 2020.
38. Sindicato dos Enfermeiros do Distrito Federal – SindEnfermeiro-DF. Arquivo Notícias. [Internet]. 2021. [citado 6 jul 2021]. Disponível em: <https://sindenfermeiro.com.br/index.php/category/noticias/>
39. Sindicato dos Médicos do Distrito Federal – SindMédico-DF. Notícias. [Internet]. 2021. [citado 6 jul 2021]. Disponível em: <https://www.sindmedico.com.br/noticias/>
40. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
41. Silva ATC, Lopes CS, Susser E, *et al*. Burnout among primary health care workers in Brazil: results of a multilevel analysis. *Int Arch Occup Environ Health* (2021). DOI: 10.1007/s00420-021-01709-8.
42. Nabuco G, Nunan BA, Soares JO, *et al*. Avanços e conquistas na saúde pública do DF, Brasil: uma contribuição essencial da medicina de família e comunidade. *Ciênc. saúde colet*. 24 (6) 27 Jun 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018246.08312019.
43. Escola Superior de Ciências da Saúde. Residências em áreas profissionais de saúde. Institucional Residência Multi. [Internet]. 2021 [citado 6 jul 2021]. Disponível em: <http://residenciamulti.escs.edu.br/index.php/programas/#1560349243872-7b20291d-6555>
44. Oliveira DS, Souza SPDE, Nunes CJRR. Residência multiprofissional em saúde da família: tecendo sobre a conversão da lógica tradicional para Estratégia de Saúde da Família. *Health Residencies Journal*. 2021; 2(9). DOI: 10.51723/hrj.v2i9.123
45. Silva ER. A análise da adesão da UnB ao REUNI: o caso FCE e sua contribuição para a comunidade local. (Dissertação) Mestrado em Economia e Gestão do Setor Público. Brasília: Universidade de Brasília; 2016.