

# **Nos tempos de defender o óbvio: ensaio sobre os desafios da implementação da Estratégia Saúde da Família**

In times of upholding the obvious: an essay on the challenges in implementing the family health strategy

Thiago Figueiredo de Castro<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0003-1101-569X

Bruno Pereira Stelet<sup>2</sup>

ORCID: 0000-0002-3274-0084

Aparecida Mari Iguti<sup>3</sup>

ORCID: 0000-0002-1309-7433

---

<sup>1</sup> Doutor em Saúde Coletiva. Professor adjunto da Área de Medicina Social da Faculdade de Medicina e do Programa de pós graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB). Médico de Família e Comunidade da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SESDF. Brasília, DF, Brasil.

<sup>2</sup> Doutor em Saúde Coletiva. Médico de Família e Comunidade da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SESDF. Brasília, DF, Brasil.

<sup>3</sup> Professora Doutora do Programa de pós graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Campinas – UNICAMP. Campinas, SP, Brasil.

**Autor correspondente:** Thiago Figueiredo de Castro - Universidade de Brasília – UnB, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SESDF. Email: castro.thiago@unb.br. Contato: (61) 3107-1701.

## RESUMO

**Objetivo:** o ensaio analisou os desafios da implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Distrito Federal, considerando os avanços e retrocessos na Atenção Primária à Saúde (APS).

**Metodologia:** o estudo utilizou uma abordagem qualitativa, com revisão bibliográfica e análise documental, além de análise de entrevistas com gestores e profissionais de saúde extraídas de trabalho prévio. **Resultados:** a adoção da ESF foi dificultada pela predominância do modelo biomédico tradicional, subfinanciamento do SUS e resistência à mudança organizacional. Avanços incluem a ampliação da cobertura da ESF, mas persistem desafios como a insuficiência de equipes e tensões entre modelos de gestão pública e privada.

**Considerações finais:** o ensaio conclui que políticas públicas consistentes e investimento em formação profissional são essenciais para consolidar um sistema de saúde centrado na pessoa, família e comunidade, destacando a necessidade de superar resistências ideológicas e estruturais para garantir a universalidade e integralidade do SUS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Ciência da Implementação; Modelos de Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the challenges involved in implementing the Family Health Strategy (FHS) in the Federal District of Brazil, considering both advances and setbacks in Primary Health Care (PHC).

**Methodology:** qualitative approach, including a literature review, document analysis, and the examination of interviews with health managers and professionals drawn from previous research. **Results:** the implementation of the FHS has been hindered by the dominance of the traditional biomedical model, underfunding of the Unified Health System (SUS), and resistance to organizational change. Notable advances include the expansion of FHS coverage; however, persistent challenges remain, such as the shortage of teams and tensions between public and private management models.

**Conclusion:** consistent public policies and investment in professional training are essential to consolidating a health system centered on the individual, family, and community. It underscores the need to overcome ideological and structural resistance to ensure the universality and comprehensiveness of SUS.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Implementation Science; Health Care Models.

## **INTRODUÇÃO**

### **O óbvio como evidência**

Os modelos assistenciais em saúde se referem às formas pelas quais são organizadas as ações de cuidado à saúde em dada sociedade. Envolvem a articulação de recursos tecnológicos, físicos e humanos para enfrentar problemas de saúde. A escolha de um modelo está vinculada a fatores como a compreensão sobre os processos de saúde e doença, as tecnologias disponíveis e as escolhas ético-políticas que orientam as políticas de saúde em determinado momento histórico. Nesse sentido, não existem modelos "certos" ou "errados", mas sim diferentes formas de organizar o cuidado conforme as conjunturas e necessidades em um dado contexto<sup>1</sup>.

O Modelo Assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF), implementado no Brasil a partir dos anos 1990, representa uma mudança significativa no modo de organizar o cuidado em saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>2</sup>. Esse modelo busca modificar o predomínio do atendimento hospitalar e especializado, propondo uma abordagem mais próxima das necessidades da comunidade e centrada na promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência integral.

O reconhecimento de que a APS consiste em efetivo elemento organizador dos sistemas de saúde é evidente e abundante na literatura científica<sup>1-5</sup>. Quando a porta de entrada do sistema de saúde é composta por uma APS robusta e bem estruturada, que assegura acesso, cuidado integral e longitudinal, além de coordenar o atendimento dos pacientes dentro do sistema, os usuários tendem a ficar mais satisfeitos, gerando diversos impactos positivos na saúde da população. Seus efeitos na comunidade são observados na maior adesão a medidas preventivas, redução da mortalidade materna e infantil, menor incidência de baixo peso ao nascer, aumento da expectativa de vida e queda na mortalidade geral da população adulta. No âmbito hospitalar, uma APS bem estruturada pode reduzir o número de internações evitáveis e diminuir a utilização dos serviços de emergência<sup>6-7</sup>.

Apesar da relevância no âmbito da produção científica e do reconhecimento da sua importância em países desenvolvidos, a especialidade médica direcionada para os cuidados primários em saúde no Brasil – a Medicina de Família e Comunidade (MFC) – ainda não goza da mesma importância dentro do sistema de saúde. Essa dificuldade não é exclusiva do Brasil e está atrelada à incipiência dos sistemas de saúde comum aos países em desenvolvimento,

onde a maior parte do cuidado em saúde é realizada em ambiente hospitalar, restando à APS papel minoritário e seletivo, na qual terapia de reidratação oral, contracepção e vacinação constituem o cerne dos serviços oferecidos<sup>8</sup>.

O fortalecimento da APS depende diretamente da formação de médicos especialistas em cuidados primários para atender às necessidades de saúde da população. Ainda que a formação de MFCs seja importante, para que uma APS se constitua forte, precisa de financiamento e de decisão no âmbito da política. É sabido que, ao longo de todo o processo de construção do SUS, tem havido uma disputa constante entre as propostas voltadas ao campo público e as iniciativas privatizantes, vindas tanto do setor privado da saúde quanto de diretrizes internacionais para políticas sociais, como as relacionadas ao Estado Mínimo e Cesta Básica da Saúde, por exemplo<sup>9</sup>.

### **O óbvio como disputa política: ESF no Distrito Federal**

O Distrito Federal (DF) tem sido território de importantes experiências em saúde pública desde a sua criação, com políticas de saúde que contribuíram para a organização do complexo assistencial em Brasília, ora com avanços, ora com retrocessos<sup>10</sup>. Ao longo dos anos, dois grandes planos de saúde foram centrais na construção do sistema de saúde da região: o Plano Bandeira de Mello, de 1960; e o Plano Jofran Frejat, de 1979. O primeiro foi responsável pela criação da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, que integrava serviços hospitalares e de atenção básica para uma população estimada em 500 mil habitantes<sup>10-11</sup>.

Desde a sua fundação, Brasília adotou um modelo de atenção inspirado em sistemas europeus. O Plano Jofran Frejat, fortemente influenciado pelos princípios da Declaração de Alma-Ata, reorientou a assistência à saúde, focando em um modelo de APS com a oferta de especialidades básicas, como ginecologia, pediatria, clínica médica e odontologia, para cada 30 mil habitantes. Além disso, o plano propôs a construção de hospitais regionais e um hospital de referência para alta complexidade, introduzindo o conceito de regionalização dos serviços de saúde<sup>10-11</sup>.

Entre 1960 e 2007, a APS no Distrito Federal passou por cinco períodos distintos. O primeiro, de 1960 a 1969, foi marcado pela reforma e construção de unidades básicas de saúde (UBS). No segundo período, de 1969 a 1983, houve uma expansão significativa com a construção de mais de 40 unidades de saúde em áreas urbanas e rurais<sup>11</sup>. Além disso, foi

implementada a primeira experiência de saúde comunitária em Planaltina, considerada precursora do Programa Saúde da Família (PSF)<sup>12</sup>.

Hildebrand (2013)<sup>13</sup> analisou os modelos assistenciais da APS do Distrito Federal no período de 1997 a 2006, baseando-se em documentos, entrevistas e grupos focais com profissionais e gestores que atuaram nos programas implementados ao longo desse período. Foram estudados o Programa Saúde em Casa (1997-1998), o Programa Saúde da Família/DF (1999-2003) e o Programa Família Saudável (2004-2006), observando as dinâmicas dessas mudanças e os desafios enfrentados durante a implementação.

Após os primeiros períodos de expansão, em especial com o Programa Saúde em Casa, Brasília passou a conviver com múltiplos modelos de atenção na APS: um que se convencionou chamar de *tradicional*; e um outro modelo de características típicas de ESF, já evoluído da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília passou, ainda, a conviver com uma miscelânea menos convencional, com portas especializadas (ambulatório de asma para adolescentes, por exemplo) compartilhadas na mesma estrutura física de um Centro de Saúde<sup>10</sup>.

A implantação de um novo modelo de atenção à saúde no DF reflete a contradição entre os ideais de mudança e as condições políticas e econômicas que moldam o cenário nacional<sup>10,14</sup>. As conquistas obtidas pelo movimento de reforma sanitária no Brasil pressionaram o sistema a promover mudanças conceituais e operacionais, impactando tanto os aspectos jurídicos e organizacionais quanto as práticas de gestão e de organização da saúde. Esses desafios mostram como a adaptação a novas diretrizes de saúde depende não apenas da vontade política, mas também da capacidade de gestão e dos recursos disponíveis<sup>5</sup>.

O modelo de gestão transitou do fundacional público para o de gestão direta, com criação de carreiras públicas para cada categoria profissional, associado com iniciativas de gestão indireta/terceirização. A terceirização por intermédio do Instituto Candango de Solidariedade e da Fundação Zerbini foi alvo de duras críticas frente aos sucessivos escândalos de corrupção<sup>10,13</sup>. Estes escândalos, associados a mudanças de governo, parecem ter sido os principais responsáveis pelo fenômeno cíclico de implantação da APS na capital do país. Os entraves no reordenamento do modelo, dada a convivência entre o modelo tradicional e o modelo ESF, persistiu até 2018<sup>10-11</sup> (Quadro 1).

Durante o governo de Agnelo Queiroz, a cobertura passou de 18% em dezembro de 2012, para 30% em junho de 2014. No governo de Rodrigo Rollemberg a cobertura aumentou

de 27% em agosto de 2016 para 33% em outubro do mesmo ano, alcançando 42% em fevereiro de 2018 e 56% em dezembro de 2018. Sob a gestão de Ibaneis Rocha, a cobertura atingiu 62% em julho de 2020, e chega em dezembro de 2023 a 72,5% de cobertura da APS, (segundo dados públicos de cobertura da APS consultados na plataforma e-gestor), o que consolida a expansão da APS no DF<sup>10</sup>.

**Quadro 1.** Períodos da política de APS no Distrito Federal, antes de 2010 a 2021.

	Até 2010	2011-2015	2016-2018	2019-2021
<b>Governantes do Distrito Federal anteriores e posteriores a 2010, até 2021.</b>	<p>Governadores Indicados: 16 governadores nomeados, até Joaquim Roriz e transição.</p> <p>Governadores eleitos: Joaquim Roriz; Cristovam Buarque; Joaquim Roriz; Joaquim Roriz e Maria Abadia; José Roberto Arruda</p>	<p>6º governo eleito: Agnelo Queiroz (PT)</p> <p>7º Governo eleito: Rodrigo Rollemberg (PSB)</p>	<p>7º Governo eleito: Rodrigo Rollemberg (PSB)</p>	<p>8º Governo eleito: Ibaneis Rocha (MDB)</p>
<b>Períodos da Política da APS no Distrito Federal</b>	<p>1º período: - Primeiros planos: Plano Bandeira de Melo (PBM) e Plano Jofran Frejat (PJF) - organização da AB no DF; Primeiras Reformas da APS-DF: REMA e Programa Saúde em Casa; Programa Saúde da Família; Programa Família Saudável</p>	<p>2º período: Pré-Converte: convívio entre o “velho” e o “novo” na APS-DF; Gestão direta da APS pela SES-DF;</p> <p>Redes de Atenção à Saúde do DF em pauta; manutenção do modelo tradicional (Centros de Saúde) em convívio com outros modelos assistenciais.</p>	<p>3º período: Programa Brasília Saudável (PBS), tentativa de terceirização da APS é barrada; CONVERTE-APS é desenhado e implementado no DF: fim dos modelos mistos, conversão de modelo à Estratégia Saúde da Família</p>	<p>4º período: O Pós-Converte APS-DF. Qualis-APS e Planifica-SUS são lançados em parcerias com FIOCRUZ/UnB e CONASS, respectivamente; COVID-19 e impactos no DF: papel da APS. Aposta na complementação de bolsas de residência dos programas de residência em MFC dos três programas vigentes no DF: ESCS, FIOCRUZ e UnB.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Göttems<sup>11</sup>.

O objetivo do presente artigo é analisar os desafios da implementação da ESF no Distrito Federal, considerando os avanços e retrocessos na APS.

## MÉTODOS

O estudo utilizou uma abordagem qualitativa, com revisão bibliográfica e análise documental, além de entrevistas com gestores e profissionais de saúde. Foram levantadas todas as portarias emitidas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) no período de 2010 a 2021, com busca realizada junto ao portal do [sinj.df.gov.br](http://sinj.df.gov.br), com enfoque nas palavras “atenção básica”, “atenção primária à saúde” e “Estratégia Saúde da Família”, o que foi compilado em um conjunto com artigos, teses e outros documentos encontrados na revisão bibliográfica - esta realizada de forma não sistemática, direcionada as políticas de saúde e de APS do DF - bem como com a transcrição e análise das vinte e duas entrevistas semi-estruturadas, realizadas ao longo de 2021, extraídas da Tese de Doutorado de Castro (2022)<sup>10</sup>, o que compôs o *corpus* de pesquisa. Reitera-se que tais entrevistas não foram realizadas especificamente para este artigo, mas foram selecionadas por sua relevância temática com os objetivos da presente análise, permitindo aprofundar a compreensão dos desafios enfrentados na implementação da ESF no Distrito Federal.

O Converte-APS foi uma iniciativa de reestruturação da APS, implementada em 2017 pelo governo do DF, que representou um marco político-administrativo ao substituir o modelo tradicional de Unidades de Saúde (Centros de Saúde) pelo modelo da ESF em toda a rede distrital. Nesse sentido, os critérios de inclusão para as entrevistas foram: ser servidor com mais de um ano de atuação na SES-DF e ter participado do Converte-APS, seja como facilitador, gestor, profissional que sofreu a intervenção ou mesmo os profissionais de saúde críticos ao processo instituído. Foram excluídos os que não responderam ao contato realizado, os que responderam de forma a declinar da participação na pesquisa, ou os que não preenchiam os critérios de inclusão. Os participantes da pesquisa foram acessados através do método *snowball* (bola de neve). O áudio das entrevistas foi gravado, transcrito, revisado e validado junto aos entrevistados.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UnB (Número do Parecer: Parecer Nº 4.836.896 ) e da FEPECS (Parecer Nº 5.069.027).

Foi utilizada a Análise de Conteúdo como método de análise e a partir dos resultados, foi escolhido o formato de ensaio para construção da síntese dos resultados e discussão. Trechos das falas das entrevistas realizadas na pesquisa de Castro (2022)<sup>10</sup> foram utilizados aqui para melhor ilustrar as argumentações aqui discutidas. Figuras e quadros atualizados foram utilizados para representar os principais pontos do estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **As contradições são óbvias: relação público x privado no SUS do DF**

A expressão "defender o óbvio" também se aplica a barreiras estruturais, como o subfinanciamento crônico da saúde pública. A ESF, que deveria ser amplamente fortalecida, é muitas vezes vítima de cortes orçamentários e gestões ineficientes que limitam sua capacidade de alcance. No Distrito Federal, esse cenário se torna evidente com as dificuldades na reorganização do sistema de saúde para priorizar a APS. A Figura 1, apresentada mais adiante, permite visualizar os eventos relacionados ao reordenamento e às reformas do Modelo tecno-assistencial do SUS-DF entre 1991-2010.

Apesar da ampliação da cobertura da APS no DF, ainda existe um grande déficit no número de equipes de saúde quando comparado ao rápido crescimento populacional da região - algo em torno de mais de duzentas equipes para se universalizar a cobertura da APS no DF. Outro fator crítico que agrava a situação é o subfinanciamento crônico do SUS no Distrito Federal, que impacta diretamente na oferta de serviços e recursos humanos. A queda no número de médicos servidores públicos é um reflexo desse cenário<sup>15</sup>, contrastando com o índice elevado de médicos *per capita* que o Conselho Federal de Medicina (CFM) atribui ao DF, uma das regiões com maior concentração de profissionais de saúde<sup>16</sup>. Entretanto, grande parte desses médicos atua na rede privada, deixando o sistema público subdimensionado e com dificuldades de atender a demanda crescente da população, especialmente nas áreas de maior vulnerabilidade<sup>15</sup>.

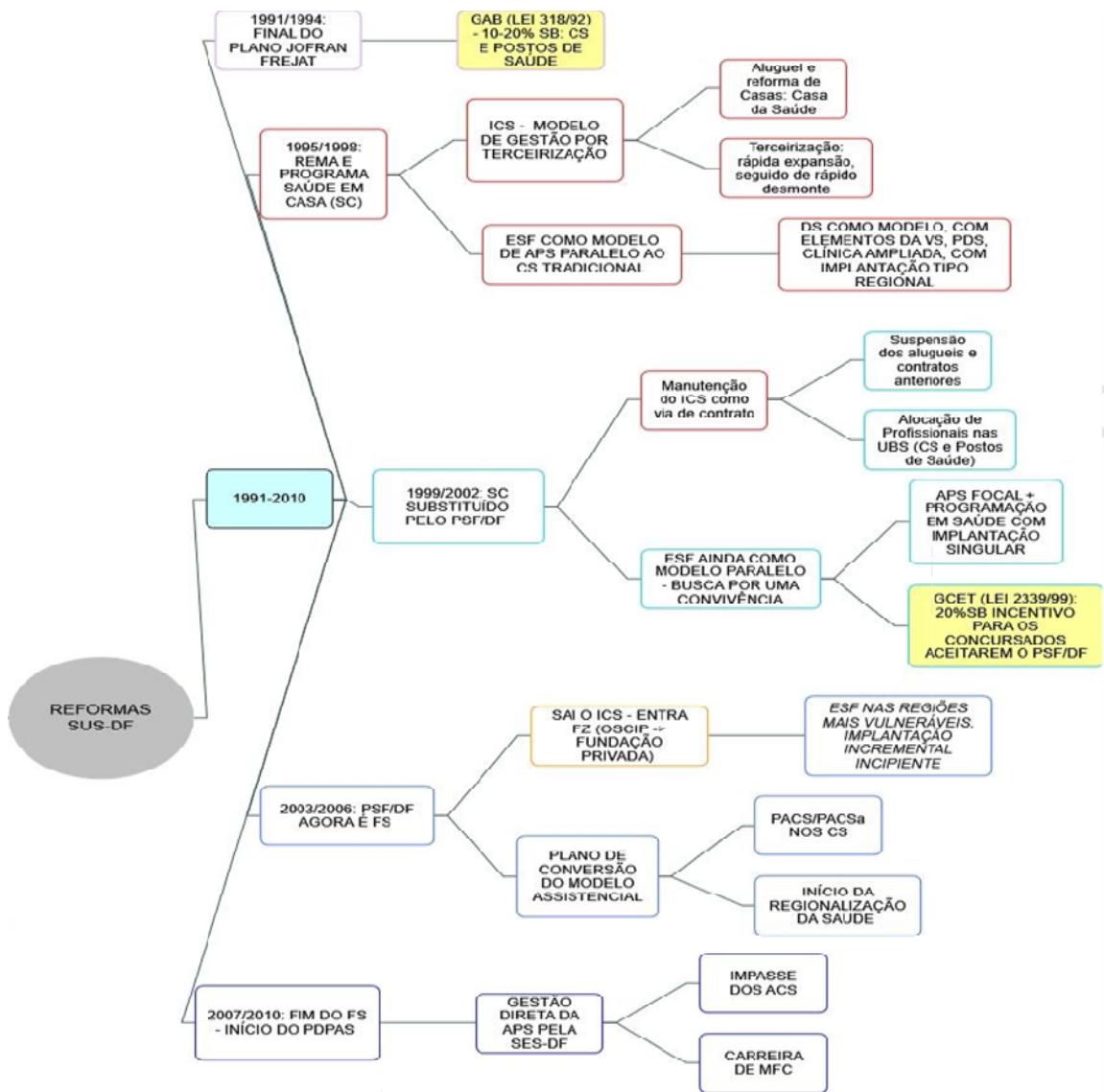
Além disso, as disputas e o *lobby* entre o setor público e privado no SUS do DF apontam desafios significativos, especialmente com a atuação do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGES-DF), em contraste com a administração direta. O IGES-DF, que gera hospitais e unidades de pronto atendimento (UPAs) com um modelo de gestão mais "flexível", tem sido alvo de críticas devido à contratação de profissionais por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o que gera disparidades salariais e condições de trabalho diferentes em relação aos servidores públicos. Essa dicotomia cria tensões entre as equipes e pode resultar em descontinuidade no atendimento, além de comprometer a integração entre os serviços. A coexistência de dois sistemas com modelos de

gestão distintos pode gerar fragmentação do cuidado e dificultar a continuidade e a eficiência dos serviços de saúde no DF.

Por outro lado, uma das principais medidas que têm influenciado na ampliação da formação de MFCs no Brasil é a implementação de Programas de Incentivo à Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, geralmente vinculados a gestões municipais de saúde. Tais Programas ampliaram o número de vagas anuais para ingressantes, ofertam complementações nos valores das bolsas dos médicos residentes e alcançam boas taxas de ocupação de suas vagas de residência médica, contribuindo, dessa forma, para a provisão de profissionais médicos qualificados para a APS. Já existem iniciativas similares no Rio de Janeiro, Curitiba, Florianópolis, São Bernardo do Campo, Palmas, Recife e João Pessoa<sup>17-18</sup>.

No DF, desde 2021, houve a ampliação do número de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade, coincidindo com um Programa de Incentivo em vigor no âmbito da Secretaria de Saúde, vinculado à Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Brasília) e à Universidade de Brasília (UnB). É oferecida bolsa complementar atrelada à vinculação do médico residente de MFC a uma equipe da ESF, sendo a supervisão realizada por preceptores lotados nas mesmas UBSs. Tal programa foi estabelecido através da Portaria nº 928, de 17 de setembro de 2021<sup>19</sup>, sendo, portanto, uma política incipiente e ainda sem estudos mostrando o impacto dessa iniciativa.

Tal Programa de incentivo às residências em MFC pode ser entendido como um elemento de aparente contradição no SUS do DF e reflete os vetores de forças políticas em disputa na arena da saúde pública.



**Figura 1.** Reordenamento e Reformas do Modelo tecno-assistencial do SUS-DF, 1991-2010

Fonte: Extraído com autorização da Tese de Doutorado de Castro (2022, p. 128)<sup>10</sup>.

Legenda: ACS: Agente Comunitário de Saúde; APS: Atenção Primária à Saúde; CS: Centro de Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; FS: Programa Família Saudável; FZ: Fundação Zerbini; GAB: Gratificação de incentivo às ações básicas de saúde; GCET: Gratificação por Condições Especiais de Trabalho; ICS: Instituto Candango de Solidariedade; MFC: Médico de Família e Comunidade e Comunidade; OSCIP: Organização da Sociedade Civil de Interesse Público; PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PACSa: PACS ampliado (incorpora no PACS médico e auxiliar de enfermagem, sem constituir ESF); PDPAS: Programa de Descentralização Progressiva da Saúde; PDS: Modelo de Promoção da Saúde; PSF/DF: Programa Saúde da Família do DF; REMA: Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde de Brasília; SES-DF: Secretaria de Estado de Saúde do DF; SB: Salário Base; SC: Programa Saúde em Casa; UBS: Unidade Básica de Saúde; VS: modelo de Vigilância à Saúde.

De um lado, há uma defesa da gestão pública direta, com ênfase na valorização dos servidores e na universalidade do sistema, com valorização da formação em MFC para a ESF; de outro, surgem propostas de gestão com roupagem neoliberalizante, como a do IGES-DF,

que usa do discurso da maior eficiência por meio de práticas similares ao do setor privado. Essas divergências demonstram que o sistema de saúde é palco de interesses distintos, onde decisões políticas impactam diretamente a organização, o financiamento e a qualidade do atendimento oferecido à população, como evidenciado na Figura 2.

Outro ponto que merece destaque no âmbito das contradições em relação à ESF no DF diz respeito à figura do profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS). Brasília foi pioneira na iniciativa de criar o “auxiliar de saúde”<sup>12</sup>, na década de 70, com funções similares ao que viria a se tornar o Agente Comunitário de Saúde, no âmbito do Programa Saúde da Família. Por outro lado, a partir das mudanças trazidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, a qual impactou significativamente na organização das equipes de ESF ao possibilitar a flexibilização na composição dessas equipes<sup>20</sup>, percebe-se que este profissional não fora priorizado quanto à composição da ESF no DF.

Um dos pontos mais críticos da PNAB 2017 foi a redução da obrigatoriedade de ACS, o qual deixou de ser um componente fundamental e passou a ser ajustável conforme as necessidades locais. Essa mudança impactou diretamente a atuação dos ACSs, que são responsáveis por realizar visitas domiciliares, acompanhar as famílias e identificar precocemente problemas de saúde. Ao reduzir a importância desse profissional, a PNAB 2017 compromete o papel preventivo e de promoção à saúde que é essencial na APS<sup>20-21</sup>.

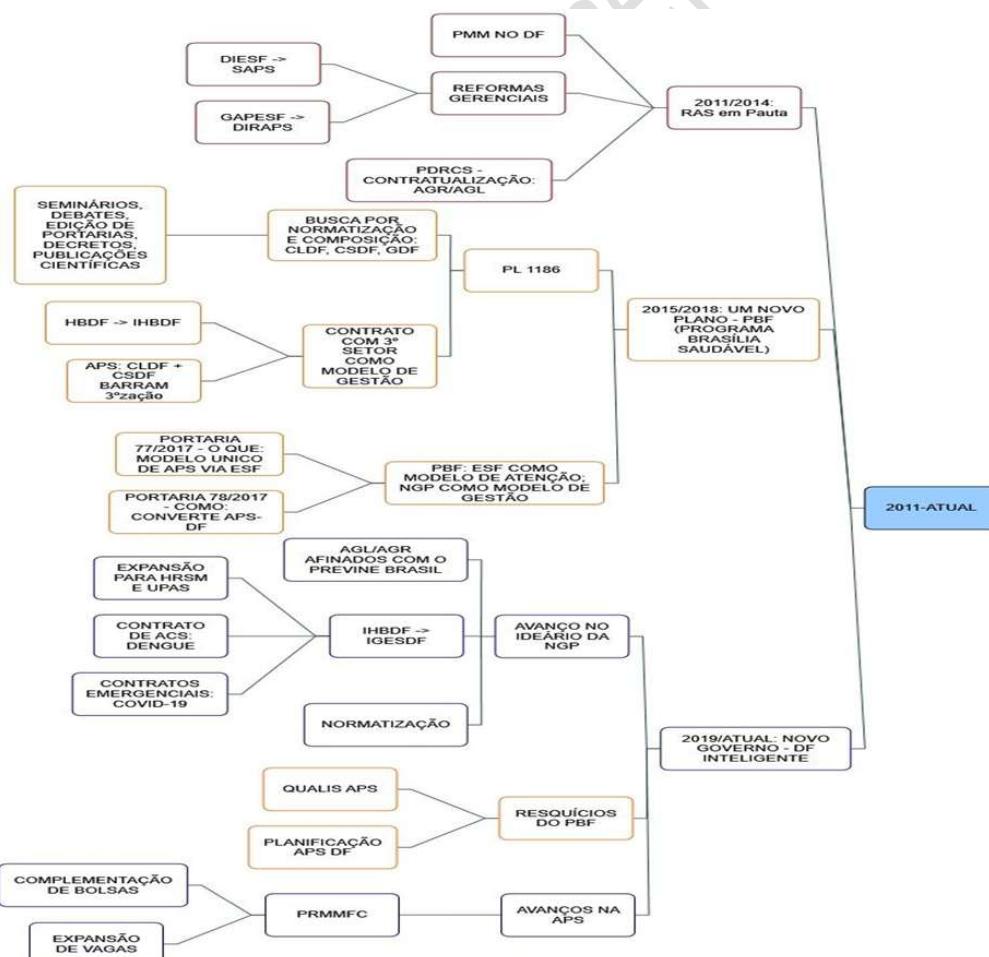
No Distrito Federal, essa problemática se evidencia de maneira preocupante, já que a maioria das equipes de saúde da família conta com apenas um ou dois agentes comunitários, o que é obviamente insuficiente para cobrir adequadamente as áreas adstritas e manter o acompanhamento contínuo das famílias. Essa escassez de ACS gera sobrecarga nas equipes e dificulta a cobertura territorial, resultando em falhas no cuidado integral e longitudinal. A redução do número desses profissionais fragiliza o vínculo com a comunidade e compromete a efetividade da ESF, especialmente em territórios mais vulneráveis e populosos, como ocorre no DF.

O cenário da APS no DF reflete uma série de contradições estruturais que revelam as tensões políticas e operacionais que permeiam o SUS local. Embora haja avanços, como o aumento de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade e a expansão da cobertura da ESF, esses esforços são insuficientes frente ao crescimento populacional e ao subfinanciamento crônico do sistema<sup>21</sup>. A flexibilização da composição das equipes de saúde, o número reduzido de ACSs e a coexistência de modelos de gestão público e privado, como o

IGES-DF, evidenciam a fragmentação do cuidado e as dificuldades em garantir um atendimento integral.

### **Uma reação é óbvia quando também é previsível: efeitos do Converte e as teorias de implementação de políticas**

A pesquisa Reestruturação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal e aspectos do “Converte APS-DF”<sup>10</sup> examinou a mudança do modelo assistencial na APS do DF, com foco no "Projeto Converte", que reorganizou a rede de saúde tomando a ESF como principal modelo. Essa transição foi implementada por meio das Portarias SES-DF nº 77 e 78, de 14 de fevereiro de 2017, que estabeleceram a nova organização das UBS, as equipes de saúde e a capacitação dos profissionais<sup>22-23</sup>. A proposta do Converte visava, assim, garantir maior homogeneidade na APS do DF, consolidando a ESF como o eixo central da política de saúde pública, com o objetivo de ampliação do acesso e integração de serviços.



**Figura 2.** Reordenamento e Reformas do Modelo tecno-assistencial do SUS-DF, 2011 - atual

Fonte: Extraído com autorização e adaptado da Tese de Doutorado de Castro (2022, p. 138)<sup>10</sup>.

Legenda: ACS: Agente Comunitário de Saúde; AGL/AGR: Acordo de Gestão Local/Regional; APS: Atenção Primária à Saúde; CSDF: Conselho de Saúde do Distrito Federal; CLDF: Câmara Legislativa do Distrito Federal; DIESF: Diretoria de Estratégia de Saúde da Família; DIRAPS: Diretoria de Atenção Primária à Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; GAPESF: Gerência de Atenção Primária à Saúde e estratégia de Saúde da Família; HBDF: Hospital de Base do Distrito Federal; HRSM: Hospital Regional de Santa Maria; IGESDF: Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal; IHBDF: Instituto Hospital de Base do Distrito Federal; NGP: Nova Gestão Pública; PBS: Programa Brasília Saudável; PDRCS: Projeto para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde no Distrito Federal e transferência de tecnologia em contrataualização de serviços de saúde PL: Projeto de Lei; PMM: Programa Mais Médicos; QUALIS APS: Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal; RAS: Rede de Atenção à Saúde; SAPS: Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde; UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

É importante destacar que, diferentemente das orientações de organismos internacionais e até mesmo do próprio Ministério da Saúde, o Distrito Federal manteve seu modelo assistencial centrado em hospitais. Esse enfoque resultou em uma cobertura muito inferior da ESF até o início dos anos 2010, em comparação com outras capitais do país.

O Converte-APS foi dividido em várias etapas e envolveu diferentes atores institucionais<sup>10,14</sup>. O primeiro passo foi a publicação das portarias que regulamentavam o processo, seguidas pela formação de equipes de transição, compostas por profissionais a serem capacitados para atuar dentro dos princípios da ESF. As portarias também previam movimentação e remoção de profissionais que não aderiram ao modelo. Esse processo ocorreu entre 2017 e 2018 e enfrentou resistências de diversos setores, especialmente daqueles vinculados ao antigo modelo assistencial.

A implementação de políticas públicas é frequentemente compreendida através de duas abordagens principais: a abordagem *top-down*, que envolve a imposição de diretrizes a partir de níveis mais altos de decisão; e a abordagem *bottom-up*, que foca na prática local e na adaptação das políticas pelos atores diretamente envolvidos. No contexto da APS no DF, o Converte-APS integrou essas duas abordagens, resultando em uma dinâmica mista de execução, com fases de imposição de diretrizes gerais e de adesão e capacitação progressiva de profissionais, conforme descrito por Sabatier (1986)<sup>24</sup>, que aborda essas diferentes formas de implementação de políticas.

A Portaria nº 78 de 2017<sup>23</sup>, que estruturou grande parte do Converte-APS, representa o exemplo clássico de uma abordagem *top-down*. A mudança foi imposta de forma centralizada pelo governo, exigindo a reorganização das UBS para se adequar ao modelo da ESF. No entanto, conforme a implementação avançou, tornou-se evidente que muitos profissionais e

gestores locais não estavam preparados para essa mudança brusca, levando a resistências que são comuns em processos de implementação de cima para baixo<sup>24</sup>.

Por outro lado, elementos da abordagem *bottom-up* foram observados durante a capacitação das equipes, em que os profissionais foram envolvidos ativamente na adaptação do modelo da ESF às suas práticas diárias. O processo de adesão progressiva, em que alguns profissionais inicialmente resistentes ao Converte passaram a se integrar ao novo modelo, o que ilustra o funcionamento dessa abordagem.

Um dos muitos desafios enfrentados no Converte-APS foi o desequilíbrio entre essas duas abordagens. A implementação *top-down* gerou ressentimento entre muitos profissionais de saúde, especialmente aqueles que se sentiam deslocados de suas funções anteriores ou que perderam gratificações financeiras. A crítica mais comum era a de que a política foi implementada de maneira rápida demais, sem o tempo adequado para que as equipes absorvessem as mudanças de forma gradual, o que corrobora as ideias de Tuohy (2018)<sup>25</sup> sobre a necessidade de adaptação incremental em reformas complexas.

Além disso, o modelo de múltiplos fluxos de Kingdon (2003)<sup>26</sup> e sua adaptação por Göttem<sup>22</sup> também ajudam a entender o processo de implementação do Converte-APS. Este modelo postula que mudanças significativas em políticas públicas ocorrem quando três fluxos — fluxo dos problemas, das soluções e da política — se encontram, criando uma "janela de oportunidade" para reformas. No caso da APS do DF, essa janela foi aberta pela confluência de uma crise no modelo de assistência anterior, a pressão por reformas no sistema de saúde e a disposição política para implementar a ESF.

A literatura sobre *path-dependence* (dependência de trajetória) também é relevante para compreender as dificuldades enfrentadas no Converte-APS. Como observado por Pierson (2000)<sup>26</sup>, mudanças em sistemas complexos, como o sistema de saúde, tendem a ser fortemente influenciadas por decisões passadas e pela inércia institucional. No DF, a forte tradição de modelos hospitalocêntricos e ambulatoriais dificultou a transição para a ESF, resultando em resistências que podem ser vistas até hoje como reflexos dessa dependência de trajetória<sup>10,27-28</sup>.

A proposta do Converte não se limitou a reorganizar a gestão de recursos humanos na APS, mas também teve como objetivo a mudança de mentalidade dos profissionais de saúde, buscando maior ênfase na construção do vínculo entre o médico, a equipe e o paciente e emplacando o discurso de uma prática mais humanizada. No entanto, a rápida implementação

e a falta de diálogo com alguns grupos de atores geraram críticas. Muitos profissionais que trabalhavam em modelos assistenciais hospitalares ou ambulatoriais enfrentaram dificuldades para se adaptar ao novo modelo de ESF na APS<sup>10,28</sup>.

A metodologia da pesquisa de Castro (2022)<sup>10</sup>, que investigou as percepções dos envolvidos no Converte-APS, foi baseada em entrevistas qualitativas com 22 informantes-chave. A amostragem seguiu a técnica *snowball*, em que um grupo inicial de entrevistados indicava outros participantes. A coleta de dados ocorreu entre julho e outubro de 2021. Foram ouvidos gestores, facilitadores, participantes e críticos do Converte. A metodologia buscou compreender a perspectiva de cada grupo em relação à implementação da política.

Os gestores envolvidos no processo defenderam o Converte como uma medida necessária, ainda que "dolorosa", para reorganizar a APS no DF. Para eles, a transformação era imperativa diante da fragmentação dos modelos assistenciais anteriores. A necessidade de uma maior eficiência e integração dos serviços foi citada como justificativa central para o processo. Muitos também reconheceram que o modelo anterior gerava desvios e ineficiências na gestão da APS.

Um dos gestores enfatizou o impacto financeiro que motivou o Converte:

*Eu nunca esqueço que ele chegou um dia assim pilhado e falou, gente, eu comecei a fazer algumas contas ontem em casa e eu não consegui dormir [...] nós temos carga horária suficiente para mais de trezentas equipes de saúde da família<sup>10</sup> (p. 205).*

Outro gestor reconheceu a resistência: *Tivemos que convencer os usuários que aquilo era melhor para eles, [...] o seguimento de trabalhadores foi radicalmente contra ao processo<sup>10</sup>. (p. 216).*

Os facilitadores, por sua vez, desempenharam um papel crucial na formação dos profissionais da ESF. Eles destacaram que o Converte trouxe um olhar mais abrangente e integral para a APS, promovendo uma formação crítica e reflexiva entre os profissionais. Entretanto, também reconheceram a falta de tempo para um processo de formação mais aprofundado e contínuo, o que poderia ter facilitado a adesão de mais trabalhadores ao novo modelo. *Eu acho que o curso ajudou um pouquinho, não se forma médico de família em 222 horas, não existe, entendeu [...] o curso foi insuficiente<sup>10</sup> (p. 255).*

Um facilitador também mencionou o papel do Conselho de Saúde:

*O apoio que tiveram do conselho de saúde ajudou muito, mas os trabalhadores, a maioria, boa parte [...] não estavam convencidos<sup>10</sup> (p. 213).*

Entre os participantes "convertidos", aqueles que aderiram ao Converte relataram mudanças significativas em suas práticas profissionais. A introdução de uma abordagem mais generalista e humanizada foi um dos principais ganhos apontados, junto à maior autonomia dos profissionais dentro das UBS. Contudo, muitos afirmaram que o processo de adesão foi abrupto, sem o amadurecimento necessário, o que causou estresse e resistência em parte dos profissionais. Um dos profissionais convertidos relatou a motivação por trás da adesão: *Vamos então transformar estes médicos que já estão fazendo a atenção primária de alguma forma em médicos de família<sup>10</sup> (p. 217).*

*Além disso, muitos expressaram que “a mudança foi muito brusca, e muitos colegas não estavam convencidos da necessidade do novo modelo<sup>10</sup> (p. 216).*

Já os críticos e "não-convertidos" mencionaram dificuldades em aceitar a nova organização. Muitos profissionais relataram que a rápida implementação do Converte gerou sentimentos de insegurança e frustração, especialmente pela percepção de perda de autonomia e mudanças bruscas em suas rotinas de trabalho. A sensação de falta de diálogo e a forma impositiva de algumas medidas foram citadas como fatores que contribuíram para a resistência ao projeto.

As falas de críticos destacam o desconforto com a implementação:

*Há sentimentos de sofrimentos que atravessam os discursos dos entrevistados pela decisão política que [...] geraram constrangimento e afastamento<sup>10</sup> (p. 225).*

Além disso, alguns afirmaram que o modelo vigente ainda permitia práticas antigas:

*“A gente sabe que tem um monte de UBS que tem esqueminha, tem esquema de gineco, pediatra e clínico, cada um atende a sua parte<sup>10</sup> (p. 213).*

As resistências ao Converte se manifestam de várias formas, desde críticas à rapidez da implementação até o questionamento do próprio modelo da ESF como modelo assistencial adequado para o DF. Alguns profissionais preferiam um modelo mais voltado para especialidades focais, argumentando que a APS generalista não atendia às necessidades complexas da população. Essa divisão entre os "convertidos" e os críticos repercute ainda hoje nas dinâmicas internas das equipes e das UBS, gerando conflitos e desafios na gestão<sup>10</sup>.

Os sindicatos da saúde, em especial o Sindicato dos Médicos do DF, desempenharam um papel significativo nessa resistência ao Converte, com seu envolvimento político e a defesa de interesses de diferentes categorias profissionais, dificultando a implementação das reformas propostas<sup>29</sup>.

Além disso, aspectos financeiros foram levantados como um fator importante para o sucesso ou fracasso da implementação. A gestão de pessoas e a política de incentivos financeiros para atrair e manter profissionais na APS foram temas recorrentes. Os gestores mencionaram a necessidade de alinhar o orçamento com a nova realidade da APS, enquanto os críticos apontaram que o modelo proposto demandava mais recursos do que os disponíveis<sup>10</sup>.

Em resumo, o Converte-APS do DF foi um projeto ambicioso que buscou transformar a APS de forma estrutural, consolidando a ESF como principal estratégia de cuidado. No entanto, a sua implementação encontrou desafios significativos, tanto do ponto de vista operacional quanto político, com diferentes percepções entre gestores, facilitadores e profissionais de saúde envolvidos. A necessidade de compreender essas diferentes vozes ainda parece fundamental para analisar os efeitos e a sustentabilidade futura do projeto da ESF como modelo assistencial da APS no DF.

## **CONCLUSÃO**

### **Essa conclusão é óbvia demais para resolver o problema!**

O movimento "Reverte" surgiu como uma resposta crítica à implementação do Converte-APS no Distrito Federal, especialmente por parte de setores que se opuseram às mudanças no modelo assistencial da ESF. O Reverte propunha, essencialmente, a reversão de algumas das decisões tomadas durante o Converte, particularmente no que se refere à extinção dos Centros de Saúde e sua substituição por UBSs que adotassem a ESF como modelo central de organização dos serviços. Esse movimento é significativo para entender as tensões internas no processo de reformulação da APS no Distrito Federal, com diferentes visões sobre o caminho a ser tomado para garantir um sistema de saúde mais eficaz e inclusivo.

Apesar dos indícios de um movimento de contraposição ao Projeto Converte-APS envidado por setores corporativos junto ao Governo Ibaneis, o que recebeu a alcunha de “Reverte”, este não se observou na condução do estudo de caso quaisquer indícios de uma

movimentação política ampla para uma reversão do modelo de atenção aos moldes de equipes tradicionais, ou mesmo a reinserção de pediatras no contexto da APS-DF, o que é reforçado através da transcrição de falas de gestores que compunham a atual gestão.

As teorias de implementação de políticas públicas oferecem um arcabouço teórico que pode nos ajudar a compreender o último grande ciclo de mudanças no modelo assistencial para a ESF no Distrito Federal. Visando à conversão de unidades tradicionais de atenção básica para a ESF, este ciclo pode ser analisado sob a perspectiva das forças políticas em disputa, da dinâmica entre atores institucionais e das barreiras estruturais que afetam a efetividade das políticas.

A implementação do ESF no DF enfrenta desafios que vão desde o subfinanciamento crônico do SUS e a falta de médicos e ACSs nas equipes, até a tensão entre modelos de gestão pública e práticas influenciadas pela lógica privada, como exemplificado pelo IGES-DF. Assim, a análise das políticas de saúde a partir dessas teorias permite não apenas identificar os obstáculos e contradições existentes, mas também traçar caminhos para melhorar a articulação e execução de programas voltados ao fortalecimento da APS e da ESF no DF.

Defender o óbvio é uma tarefa que parece simples, mas que se mostra necessária em momentos de crise ou de retrocessos institucionais. Quando se trata da ESF, essa defesa é uma luta cotidiana no DF para garantir que os princípios fundamentais da saúde pública, como a integralidade e a universalidade do acesso, sejam mantidos e ampliados. O óbvio, nesse contexto, refere-se à eficácia já comprovada da ESF em melhorar os indicadores de saúde e promover um cuidado mais digno e humanizado. Contudo, as obviedades precisam ser reiteradas diante de forças políticas e econômicas que resistem à mudança e à consolidação de um SUS público e universal.

## REFERÊNCIAS

- 1 Silva Junior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; 1997. 150p. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/8462>. Acesso em: 09 out. 2024.
- 2 Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(Supl 1):1325-35. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2009.v14suppl1/1325-1335/pt>. Acesso em: 01 jun. 2025.

3 Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res.* 2003; 38 (3): 831-65. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12822915/>. Acesso em: 09 out. 2024.

4 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2006. 710 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf> Acesso em 23 jun. 2025.

5 Sousa MF de, et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. *Saúde em Debate.* 2019; 43 (spe5): 82 - 93. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LGvyPrZ5Ns3Fw4YyPpCMBVJ/>. Acesso em: 09 out. 2024.

6 Mendonça CS, et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan.* 2012; 27 (4): 348 - 55. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21666271/>. Acesso em: 09 out. 2024.

7 Dourado I, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care.* 2011; 49 (6): 577-84. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21430576/> Acesso em: 09 out. 2024.

8 Izecksohn MMV, et al. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2017; 22 (3): 737 - 46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6TSMNrnJvwcSgjvwzGjRFmd/abstract/?lang=pt> Acesso em: 09 out. 2024.

9 Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* 2005; 9 (18): 489 - 506. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VnySD7xrN57bZFmssX3R5wj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2024.

10 Castro TF. Reestruturação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal e aspectos do “Converte APS-DF.” Tese de doutorado. Campinas-SP: UNICAMP; 2022. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=548500&tipoMidia=0> Acesso em: 23 jun. 2025.

11 Göttems LBD. Análise da Política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 A 2009). Tese de doutorado. Brasília: Universidade de Brasília; 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/7013> Acesso em: 23 jun. 2025.

12. Silva E. A Saga da Fundação Hospitalar do Distrito Federal: e a Medicina da Poeira e da Lama. 1 ed. Brasília: Gráfica Copacabana; 2000. Livro impresso.

13 Hildebrand SM. O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal: 1997 a 2006. Tese de doutorado. Brasília: Universidade de Brasília; 2013. Disponível em: [http://repositorio2.unb.br/bitstream/10482/11977/1/2008\\_StellaMarisHildebrand.pdf](http://repositorio2.unb.br/bitstream/10482/11977/1/2008_StellaMarisHildebrand.pdf) Acesso em: 23 jun. 2025.

14 Corrêa DSRCC, Silva D, 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. 2019; 24 (6): 2031 - 41. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TdcFYRMKPNHpcbtHWBVNmRg/> Acesso em: 11 out. 2024

15 Sindmédico. Número de médicos no DF duplica, mas diminui na rede pública. Notícias Sindmedico. 2024 jan 24. Disponível em: <https://www.sindmedico.com.br/levantamento-numero-medicos-df/>. Acesso em: 11 out. 2024.

16 Scheffer MC, Guilloux AGA, Miotto BA, Almeida C de J, Guerra A, Cassenote A, Manitto AM, Brandão APD, Castilho EA de, Russo G, Moreira JP de L, Bahia L, Andrietta LS, Dal Poz MR, Villela PR de C, Miotto RA, Duarte VC, Araújo W. Demografia médica no Brasil 2023. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Bruno-Miotto-2/publication/368352233\\_Demografia\\_Medica\\_no\\_Brasil\\_2023/links/63e3b3cadea612175792ffd3/Demografia-Medica-no-Brasil-2023.pdf?\\_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19](https://www.researchgate.net/profile/Bruno-Miotto-2/publication/368352233_Demografia_Medica_no_Brasil_2023/links/63e3b3cadea612175792ffd3/Demografia-Medica-no-Brasil-2023.pdf?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19) Acesso em: 11 out. 2024.

17 Simas KB da Fonseca, et al. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: breve recorte histórico. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018; 13 (40): 1-13. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1687>. [Acesso em: 11 out. 2024].

18 Storti MMT, Oliveira FP de, Xavier AL. La expansión de plazas de residencia de Medicina de Familia y Comunidad por municipios y el Programa Más Médicos. Interface-

Comunicação, Saúde, Educação. 2017; 21: 1301-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/cFz4V9rrPx7CHkxKvZdPbRh/?format=pdf&lang=pt>. [Acesso em: 11 out. 2024].

19 Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 928, DE 17 DE SETEMBRO DE 2021 [Internet]. Brasília-DF: DODF no 178, de 21 de setembro de 2021, página 10; Sep 17, 2021. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/89d2bf7b67fc4c02b69f93578d074660/Portaria\\_928\\_17\\_09\\_2021.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/89d2bf7b67fc4c02b69f93578d074660/Portaria_928_17_09_2021.html). Acesso em: 11 out. 2024.

20 Melo EA, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde em Debate. 2018; 42 (spe1): 38–51. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/abstract/?lang=pt> Acesso em: 11 out. 2024.

21 Mendes A, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate. 2018; 42: 224 - 43. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/F95jdgvRBmBzh4CJXdXBJDh/abstract/?lang=pt> Acesso em: 11 out. 2024.

22 Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Distrito Federal, 2017. DODF no 33, seção 1, 2 e 3 de 15/02/2017 Brasília-DF; Feb 14, 2017. Disponível em:

[https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/Portaria\\_77\\_14\\_02\\_2017.htm](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/Portaria_77_14_02_2017.htm) Acesso em: 11 out. 2024.

23 Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Distrito Federal, 2017. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1b6ab6da56874a4ab2719d2524fdb6c2/Portaria\\_78\\_14\\_02\\_2017.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1b6ab6da56874a4ab2719d2524fdb6c2/Portaria_78_14_02_2017.html) Acesso em: 11 out. 2024.

24 Sabatier PA. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. J Public Policy. 1986; 6 (1): 21 - 48. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-public-policy/article/topdown-and-bottomup-approaches-to-implementation-research-a-critical-analysis-and-suggested-synthesis/2100355E461CC28D75C42AF64A4083D9>. Acesso em: 11 out. 2024.

25 Tuohy CJ. Remaking policy: scale, pace, and political strategy in health care reform. 1st ed. Toronto: University of Toronto Press; 2018. DOI:10.1017/S174413311800049X

26 Kingdon J. *Agendas, alternatives, and public policies*. 2. ed. New York: Harper Collins; 2014 ISBN 13: 978-1-292-03920-6

27 Pierson P. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *Am Polit Sci Rev.* 2000; 94 (2): 251 - 67. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2586011> Acesso em: 11 out. 2024.

28 Gottems LBD, Almeida MO de, Raggio AMB, Bittencourt RJ. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2019;24(6):1997–2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6y7KDHQGbRDKHjRntxTYhtn/abstract/?lang=pt> Acesso em: 11 out. 2024.

29 Bousquat A, Barros NF, Gomes L. Brasília saudável: a estratégia de saúde da família e a conversão do modelo assistencial [relatório de pesquisa]. Brasília: Rede de Pesquisa em APS: OPAS; 2019. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Relatorio-Brasilia-APS-forte-nov-2019.pdf>. Acesso em: 11 out. 2024.