

O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro

The Unified Health System in the Federal District, Brazil (1960 to 2018): revisiting history to plan the future

Leila Bernarda Donato Göttems (<https://orcid.org/0000-0002-2675-8085>)¹

Marilza Oliveira de Almeida (<https://orcid.org/0000-0001-7277-4900>)¹

Armando Martinho Badou Raggio (<https://orcid.org/0000-0002-8398-8928>)¹

Roberto José Bittencourt (<https://orcid.org/0000-0002-6482-5840>)¹

Abstract *The analysis of health policy trajectories contributes to disclose the endogenous and exogenous elements that influence the management of health systems. This article aims to describe the trajectory of the Unified Health System of the Federal District (SUS-DF) from 1960 to 2018 and identify the challenges to expand the capacity for protection and health promotion of the population of the Federal District. A documentary analysis of plans, reports, and articles published from 1959 to 2018 and the collection of secondary data were carried out in databases of DATASUS and the Government of the Federal District. Results: The SUS-DF trajectory was delineated through care organization actions, health system management and health care personnel training and development. Health indicators such as infant mortality and life expectancy at birth have shown a positive development. There was an increase in health care services supply, with an increase in the number of beds, basic health units and professionals, although insufficient, given the population increase. Conclusion: the actions indicate the growing complexity of health system management, with challenges related to the adaptation of the capacity to respond to the population's health needs and reveal internal potentials in the field of health training.*

Key words *Unified health system, Health policy, Health management*

Resumo *A análise do percurso das políticas de saúde contribui para desvelar os elementos endógenos e exógenos que influenciam na gestão dos sistemas de saúde. Este artigo tem como objetivo descrever a trajetória do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (SUS-DF) no período de 1960 a 2018 e identificar os desafios para ampliar a capacidade de proteção e promoção da saúde da população do DF. Realizou-se análise documental de planos, portarias, relatórios e artigos publicados no período de 1959 a 2018 e coleta de dados secundários em bases de dados do DATASUS e do Governo do Distrito Federal. Resultados: a trajetória do SUS-DF foi delineada por meio de ações de organização da assistência, da gestão do sistema de saúde e de formação e desenvolvimento de pessoal de saúde. Indicadores de saúde como a mortalidade infantil e a esperança de vida ao nascer evoluíram positivamente. Houve ampliação da oferta de serviços com aumento no número de leitos, de unidades básicas de saúde e de profissionais, embora insuficiente, dado o aumento populacional. Conclusão: as ações sinalizam para a complexidade crescente da gestão do sistema de saúde, com desafios relacionados à adequação da capacidade de resposta às necessidades de saúde da população e desvelam potenciais internos no campo da formação em saúde.*

Palavras-chave *Sistema Único de Saúde, Políticas de saúde, Gestão em saúde*

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Setor Médico Hospitalar Norte Conjunto A Bl. 01/Edifício Fepecs, Asa Norte. 70710-907 Brasília DF Brasil.
leila.gotttems@gmail.com

Introdução

O contexto atual do sistema de saúde do Distrito Federal (DF) exige, para ser compreendido, retomar as motivações da mudança da capital do país. Brasília, que completou 58 anos em 2018, é uma jovem cidade com desafios acumulados ao longo de sua existência. A propósito, sua construção compôs a meta-síntese nº 31, como um acréscimo ao Plano de Metas de Juscelino Kubitschek, e levou menos de quatro anos para ser concluída^{1,2}. Esse tempo recorde só foi possível porque aqui se aglutinaria, no ermo do Planalto Central, tudo o que havia de conhecimento, material e força de trabalho necessária ao projeto da nova capital.

O novo DF foi oficialmente inaugurado em 21 de abril de 1960, onde Brasília está localizada, a qual possui características peculiares a uma cidade erigida para ser a Capital do País, bastante diferente do Rio de Janeiro, a metrópole cultural e política que a antecedeu por mais de 150 anos³. Naquele contexto, o sistema de saúde do DF foi pioneiro em atender o universo da população aqui residente, sem qualquer discriminação oficial desde 1960 até a instituição do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1988, sucedido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), quando a universalidade se estabeleceu em todo o território nacional e para toda a população residente no País, por meio da Constituição Federal de 1988⁴ e das Leis 8.080⁵ e 8.142 de 1990⁶.

Embora o sistema de saúde do DF tenha sido criado juntamente com a inauguração da cidade, sua conformação atual deu-se em um processo singular e sob influência direta do desenvolvimento do SUS. Assim, este artigo tem como objetivo descrever a trajetória do sistema de saúde da Capital Federal no período compreendido entre a sua fundação e o último exercício administrativo, entre 1960 e 2018, e identificar os desafios para ampliar a capacidade de proteção e promoção da saúde da população do DF. Embora de caráter mais descritivo do que analítico, este trabalho ancora-se nos estudos de análise de políticas públicas, definidos como a avaliação de governos em ação ou o estudo do conjunto de ações que os governos realizam⁷. A análise buscou identificar os principais mecanismos que direcionaram o curso das ações políticas, sem, contudo, aprofundar a explicação das dificuldades nas mudanças e a complexidade que a política de saúde local adquiriu com o tempo⁸. O resgate desse processo histórico pode desvelar os elementos endógenos e exógenos que favorecem ou não a mudança ou a inércia das políticas de saúde⁹, em especial, os

presentes na formação do Sistema Único de Saúde do DF (SUS-DF).

Metodologia

Realizaram-se pesquisa documental e revisão de literatura não exaustiva. A análise documental consiste na técnica de exame de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor¹⁰. Foram incluídos na pesquisa: relatórios de gestão, Planos Distritais de Saúde, portarias e regulamentos internos da SES-DF que normatizaram programas, ações e serviços, publicações sobre a política de saúde local. A busca dos documentos foi realizada no acervo físico e digital na rede das bibliotecas da SES-DF e os artigos, na Biblioteca Virtual de Saúde e *Scientific Electronic Library Online*.

Os períodos históricos foram definidos conforme os mandatos governamentais, e em cada um desses períodos foram levantadas as informações factuais de ações e intervenções conforme as seguintes categorias: organização da atenção à saúde, sintetizada na Figura 1; formação e desenvolvimento de pessoal em saúde, demonstrada na Figura 2; e gestão do sistema de saúde, que pode ser visualizada na Figura 3.

Também foram coletados dados secundários, dos sistemas de informação oficiais, sobre indicadores que sinalizam para a evolução das condições de vida da população do Distrito Federal – Esperança de vida ao nascer e Mortalidade Infantil, bem como indicadores de oferta de serviços e de crescimento da população (Tabelas 1 e 2).

Resultados

Período de 1960 a 1994: planificação e infraestrutura de serviços

No período compreendido entre 1960 e 1994, o DF foi administrado por prefeitos e/ou governadores nomeados pelo Presidente da República, denominados governos biônicos. Com a Constituição Federal de 1988, o DF passou a ter autonomia política e elegeu o seu primeiro governador em 1990⁴. Desde os primeiros alicerces para levantar a cidade, seus palácios e quadras habitacionais e de serviços, a atenção à saúde aqui teria que ser destinada a todos quantos precisassem de cuidados, universal como se diz hoje, pois não havia outro provedor que não o governo empreendedor do maior canteiro de obras do

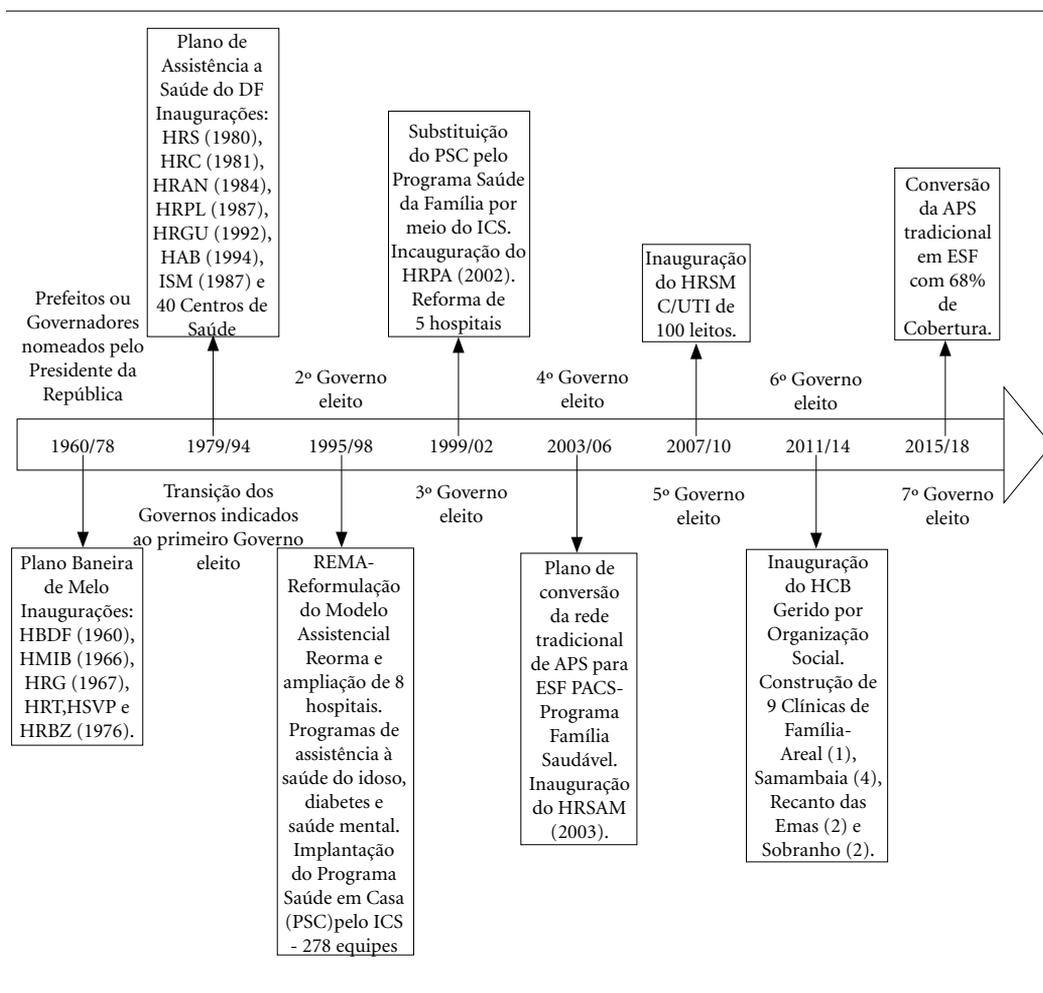


Figura 1. Cronologia das principais ações de organização da atenção à saúde do sistema de saúde do DF – 1960-2018.

Legendas: HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal; HMIB – Hospital Materno Infantil de Brasília; HRG – Hospital Regional do Gama; HRT - Hospital Regional de Taguatinga; HRBZ - Hospital Regional de Brazlândia; HRS - Hospital Regional de Sobradinho; HRC - Hospital Regional de Ceilândia; HRAN - Hospital Regional da Asa Norte; HRPL - Hospital Regional de Planaltina; HRGU - Hospital Regional do Guará; HAB - Hospital de Apoio de Brasília; HSPA - Hospital Regional do Paranoá; HRSM - Hospital Regional de Santa Maria; ICS – Instituto Candango de Solidariedade; ESF – Estratégia Saúde da Família; APS – Atenção Primária de Saúde; PCS – Programa Saúde em Casa; PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

país. Embora assim tenha se dado, começando pelo Hospital Presidente Juscelino Kubitschek, hoje Museu da Memória Candanga, a prática da universalidade enfrentou dificuldades diversas, inclusive corporativas, caracterizadas em unidades de atendimento a servidores, como o chamado Hospital Presidente Médici, hoje Hospital Universitário de Brasília^{2,11}.

No início do Sistema de Saúde do Distrito Federal (Figuras 1 e 2), dois planos foram importantes na definição do que se tem ainda hoje: o Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília, conhecido como Plano Bandeira de Mello de

1960¹⁰ e o Plano de Assistência à Saúde de 1979¹¹⁻¹⁴. O Plano de Saúde Bandeira de Mello¹² propunha a organização de um sistema de saúde com a seguinte configuração: a) eliminação da multiplicidade de órgãos assistenciais; b) distribuição de centros de saúde e hospitais por grupos populacionais; c) redução do custo e aumento da eficiência dos serviços, resultante da concentração; d) comodidade para a população, evitando-se deslocamentos; e) livre arbítrio do usuário na escolha do médico que trataria da sua saúde; f) pagamento aos médicos por produtividade; g) regime de trabalho integral; h) possibilidade de atendimen-

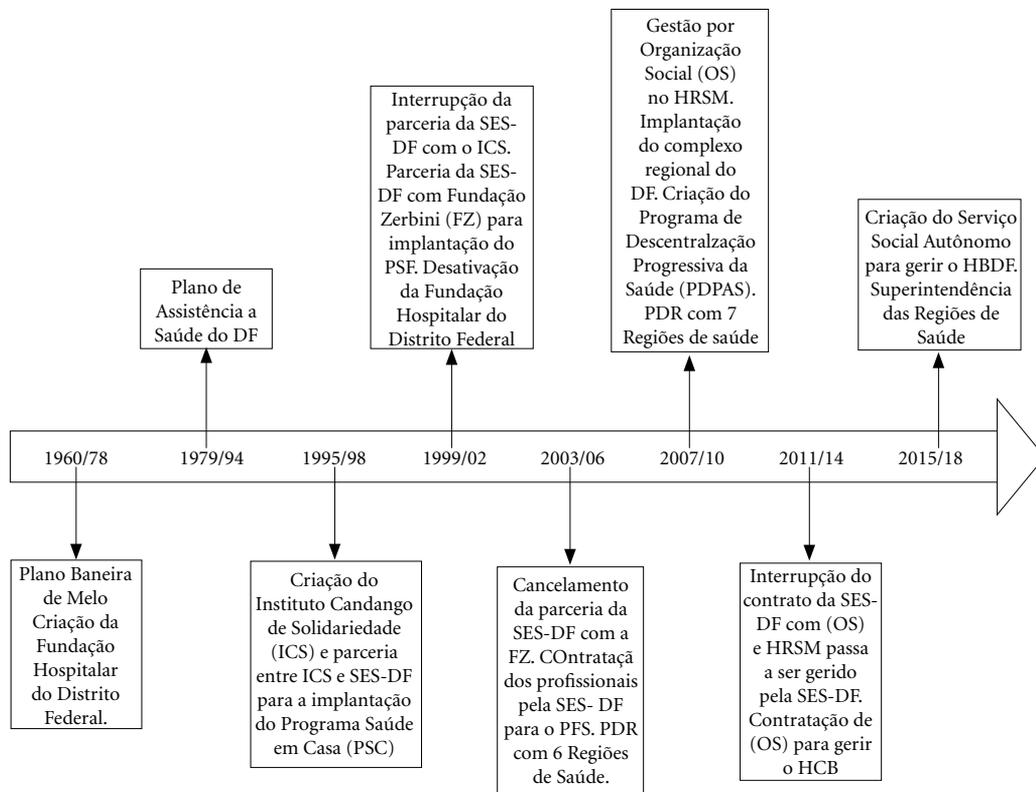


Figura 2. Cronologia das principais mudanças na gestão do sistema de saúde do DF – 1960-2018.

Legendas: HCB – Hospital da Criança da Criança; PDR – Plano Diretor de Regionalização; FZ – Fundação Zerbini; PFS – Programa Família Saudável; ICS – Instituto Candango de Solidariedade.

to médico a pacientes particulares; i) participação da população na solução de problemas por meio dos Conselhos Comunitários de Saúde; k) serviço de atendimento domiciliar a convalescentes, evitando-se a permanência em leito hospitalar.

O Plano Baneira de Mello tinha como princípios, a estruturação dos serviços de saúde com nítida separação entre as áreas de ação dos órgãos executivos e normativos, obtidos por meio da criação, em 1960, da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) como um órgão de administração central. A partir de 1981, com a criação da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), ambas as entidades realizavam a gestão do sistema de saúde até 1999, sendo a primeira responsável pelas atividades executivas e operacionais; e a segunda, pela formulação de políticas de saúde. O planejamento incluía a construção de um hospital de “alta complexidade” (hoje Hospital de Base do DF), onze hospitais gerais e seis hospitais rurais, circundados por unidades satélites, capazes de oferecer assistência a uma popula-

ção de 500 mil habitantes¹¹⁻¹⁷. As diretrizes visavam atender as pessoas em diversas especialidades clínicas, estimulando a rotatividade de pacientes e reduzindo a permanência hospitalar^{12,14}.

O Plano proposto por Jofran Frejat, em 1979¹³, inspirado no *National Health System* (NHS) do Reino Unido e no ideário de Alma Ata, considerava a APS como estratégia de ampliação de cobertura e acesso da população aos serviços de saúde, com unidades de saúde de prestação de cuidados primários em áreas rurais (postos rurais) e urbanas (centros de saúde). Todavia, pela insuficiência de médicos com formação generalista, a exemplo dos *General Practitioner* daquele país, organizou-se a APS por meio de médicos com formação especializada em ginecologia, pediatria, clínica médica, acrescidos dos epidemiologistas e sanitaristas para atuarem em Centros de Saúde para cada 30 mil habitantes¹³. Essa característica marcaria uma resistência da corporação médica à ideia da APS, tendo em vista que alterava a organização da profissão até aquele

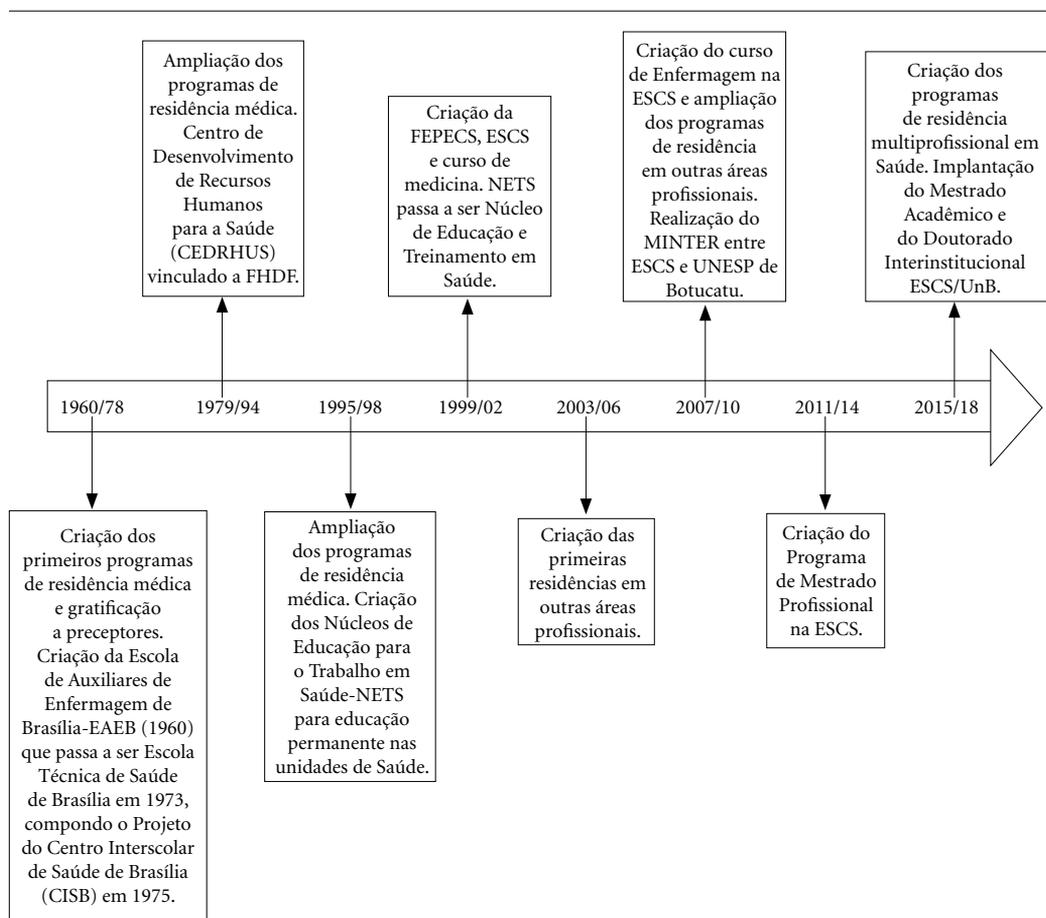


Figura 3. Cronologia das principais ações de formação e desenvolvimento de pessoal em saúde da ESCS/FEPECS/SES-DF – 1960-2018.

Legendas: FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde; ESCS – Escola de Ciências da Saúde; NETS – Núcleo de Educação para o Trabalho em Saúde; EAEB – Escola de Auxiliares de Enfermagem de Brasília; CISB – Centro Interscolar de Saúde de Brasília; CEDRHUS – Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde; UNESP – Universidade Estadual de São Paulo.

Tabela 1. Oferta de serviços de saúde, mortalidade infantil, materna e esperança de vida ao nascer no DF. Brasília-DF, 2019.

Ano	1993	2000	2010	2018
Pop.	1.657.841	2.043.169	2.570.160	2.972.209
Nº hospitais públicos	11	13	15	16
Leitos operacionais	2.727	2.706	4.338	4.327
Nº leitos/Mil hab/ano	1,6	1,3	1,7	1,4
Nº médicos		2.570	4.683	5.466
Méd./1000 hab		1	2	2
Nº de Enfermeiros		1.070	2.216	3.547
Enf./1000 hab		0,5	0,9	1,1
Taxa de Mortalidade Infantil**	25,43	15,27	12,16	
Taxa de Esperança de Vida	68,60	73,20	76,00	
Nº de óbitos maternos/ 100.000 NV		35,42	45,2	

Notas: (*) No período de 2017/2018, todos os Centros de Saúde passaram a atuar como UBS com Equipes de Estratégia Saúde da Família ou Policlínicas, com exceção de 2 postos, que continuarão como apoio. (**) Fonte: RIPSA, 2012 (1990-2011) e SES-DF (2012-017). Dados de 2017 parciais.

Tabela 2. Evolução da oferta de serviços de saúde de APS e cobertura populacional de 1998 a 2018. Brasília-DF, 2018.

Ano	Nº CS	Nº PSU/R	Total de UBS	Nº eSF***	% cobertura por eSF***
1998	58	27	85	277	50,91
1999	59	24	83	121	22,59
2000	63	29	92	60	10,51
2001	61	30	91	60	9,87
2002	61	30	91	40	6,58
2003	61	31	92	0	0
2004	61	33	94	38	5,99
2005	61	37	98	40	6,3
2006	56	42	98	24	3,55
2007	62	41	103	33	4,77
2008	61	31	92	39	5,64
2009	61	31	92	92	12,41
2010	68	25	93	120	15,87
2011	68	39	107	110	14,77
2012	66	41	107	133	17,58
2013	66	41	107	154	20,06
2014	60	38	98	242	31,52
2015	66	49	115	246	32,04
2016	66	2	68	247	32,17
2017	66	2	68	259	33,74
2018	(*)	2	176	326	68(**)

Fonte: Dados extraídos do http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.

Legenda: CS – Centro de Saúde; PSU/R – Posto de Saúde Urbano e Rural; eSF – equipes de Saúde da Família. Notas: (*) No período de 2017/2018, todos os Centros de Saúde passaram a atuar como UBS com Equipes de Estratégia Saúde da Família ou Policlínicas, com exceção de 2 postos, que continuaram como apoio. (**) No DF foi realizada uma mudança no indicador que mensura a cobertura populacional por eSF, que ampliou o quantitativo populacional por equipe, motivo pelo qual há divergência entre os dados extraídos do MS e dos relatórios da SES-DF.

momento, criando diferentes valorações técnicas e sociais entre as especialidades¹⁷.

Previa, também, a construção de hospitais regionais em cada cidade satélite e preservava o hospital de alta complexidade do Plano anterior. Tinha como princípios a hierarquia assistencial, a referência e a contrarreferência, bem como a regionalização dos serviços. Na sua implementação ampliou expressivamente a contratação de profissionais de saúde, a oferta de serviços, sobretudo na APS, com conseqüente melhoria dos indicadores, particularmente, os de mortalidade infantil e materna¹³⁻¹⁴.

Neste período foram construídos 12 hospitais gerais e pelo menos 60 unidades básicas de

saúde, denominadas Centros de Saúde, Postos de Saúde Rurais e Postos de Saúde Urbanos, os quais se diferenciavam pelo perfil da equipe e serviços prestados, sendo os Centros de Saúde com equipe mais completa¹²⁻¹⁴. Também foram criadas e implantadas entidades públicas para gestão e oferta de serviços fundamentais do sistema de saúde, como o Laboratório Central, criado em 1978 (antigo Instituto de Saúde do DF), e a Fundação Hemocentro, criada em 1991¹⁸.

Na formação de pessoal em saúde, destacamos, nesse período, a criação da Escola de Auxiliares de Enfermagem de Brasília (EAEB), em 1960, transformada em 1973, em Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB). Ocorreram ainda as primeiras iniciativas de formação médica especializada, por meio de curso para o aperfeiçoamento técnico desses profissionais, no Hospital Distrital de Brasília (HDB), em 1960, com o objetivo de atrair recém-formados e sextanistas de medicina para a cidade^{14,19}. Em 1964, fica oficialmente registrada a criação do sistema de Residência Médica e Internato por meio da Resolução nº 37/64, de 11 de maio desse mesmo ano. Nesse ano, iniciavam no curso os primeiros profissionais que iriam completar a primeira turma oficial de Residência Médica em 1966^{14,19}.

Período de 1995 a 2002 – as mudanças na atenção primária do DF e na formação de pessoal em saúde

O período de 1995 a 2002 compreendeu dois mandatos de governadores eleitos para o DF. No campo da saúde, esse período se destacou pelas propostas de mudança na organização da APS com o intuito de ampliação da cobertura populacional e mudança do modelo assistencial. Destacaram-se os períodos de 1995 a 1998 com a implantação do Programa Saúde em Casa (PSC), que equivaleria ao antigo Programa Saúde da Família, posteriormente Estratégia de Saúde da Família.

Em 1995 foi criado o Instituto Candango de Solidariedade (ICS), com a finalidade de desenvolver projetos sociais ligados aos setores governamentais, tendo na presidência, a primeira dama do Distrito Federal¹⁷. Essa entidade foi responsável pelo apoio à implantação do PSC, no período de 1996 a 1999. Esta forma de implantar a APS no DF se diferenciava em dois aspectos: alterava o modelo de atenção primária desenvolvido até aquele momento e criava uma entidade não governamental responsável pela infraestrutura física, instalação das equipes e contratação dos profissionais de saúde¹⁷.

A gestão do sistema de saúde do DF também foi alvo de remodelagens nesse período, por meio das reformas da administração pública fomentadas pelo Governo Federal, o que culminou no processo de desativação da FHDF em 2000. Com isso, as funções executivas, de formulação, controle e avaliação passaram a ser de responsabilidade da SES-DF. Outro importante marco na gestão da saúde do DF foi a criação, em 2000, do Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF), por meio da Lei nº 10.633, de 27 de dezembro de 2002²⁰. O FCDF constitui-se de recursos do Orçamento da União que se destinam ao financiamento integral da segurança pública e parcial da saúde e da educação do DF.

Nas ações de formação e desenvolvimento do pessoal da saúde (Figura 3), destacam-se, nesse período, a criação da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS²¹, da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS e do curso de medicina, em 2001. Essa Fundação passou a ser responsável pela manutenção da ETESB e da ESCS, ambas responsáveis pela formação de profissionais de nível técnico, graduação, pós-graduação e extensão e de educação permanente em saúde. As escolas, por sua vez, destacam-se pelo desenvolvimento de atividades educativas integradas aos serviços e à comunidade, tendo como cenários reais de ensino as próprias unidades da SES/DF e, conseqüentemente, envolvendo os profissionais de saúde que ali atuam²².

Ainda no campo da formação, destacam-se a criação em 1997, pela Instrução nº 16, de 05/08/1997, no âmbito da FHDF, dos programas de Educação Profissional aos Moldes de Residência em Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Saúde Mental e Fisioterapia²³.

Período de 2003 a 2010 – as mudanças na gestão do sistema de saúde

No período de 2003 a 2010 ocorreram dois mandatos de governos eleitos no DF, sendo o período de 2007 a 2010 interrompido em 2009, em decorrência de indícios de corrupção. O governador eleito foi inicialmente substituído pelo Presidente da Câmara Legislativa em 2009 e por outro Governador eleito por escolha indireta, no ano de 2010.

No campo da gestão do sistema de saúde, houve a implantação da primeira experiência de gestão de serviços públicos de saúde por meio da Organização Social de Saúde (OSS). Trata-se do Hospital Regional de Santa Maria, que foi gerido pela Real Sociedade Espanhola de Beneficência

(RSEB), objeto do Contrato de Gestão nº 1/2009 – SES-DF, que perdurou até 2010. A propósito, essa experiência foi objeto de análise e não se mostrou vantajosa do ponto de vista de redução de custos com grandes dificuldades no processo de monitoramento da execução do contrato, tendo sido interrompida de forma bastante intempestiva em final de 2010²⁴.

Outra importante iniciativa da SES-DF, que se desenvolve desde 2010, é o Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde (PDPAS), criado por meio do Decreto nº 31.625/2010²⁵, com o objetivo de atribuir maior responsabilidade e autonomia gerencial aos gestores das Regiões de Saúde e das Unidades de saúde. A operacionalização se dá por intermédio de transferência de recursos com a finalidade de adquirir materiais de consumo e medicamentos, materiais permanentes e equipamentos, reparos nas instalações físicas, contratação dos serviços de pessoas jurídicas e físicas, em conformidade com as normas legais. Proíbe-se o uso desses recursos para pagamento de despesas de pessoal, encargos, gratificações, festas e recepções, viagens e hospedagens, obras de infraestrutura, excetuados pequenos reparos de estrutura, aquisição de veículos, locação de equipamento de informática e publicidade. O programa limita as aquisições pelo valor do gasto, conforme definido na Lei nº 8.666/93²⁵.

No campo da formação de pessoal, destaca-se nesse período a criação do curso de enfermagem na ESCS, que realizou o primeiro vestibular em 2009. Semelhante ao curso de medicina, o projeto pedagógico e o currículo são pautados por metodologias ativas de ensino-aprendizagem e pela integração ensino-serviço, sendo os docentes selecionados entre profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, com vínculo trabalhista com a SES-DF.

Período de 2011 a 2018 – novas mudanças na gestão dos hospitais e da atenção primária à saúde

No período compreendido entre os anos de 2011 a 2018, ocorrem os mandatos do sexto (2011 a 2014) e sétimo (2015 a 2018) governos eleitos. No campo da saúde, as mudanças mais significativas ocorreram na implantação de novos modelos de gestão em dois hospitais e por nova mudança na organização da APS. Também se realizaram mudanças significativas nas Regiões de Saúde do DF com a criação de superintendências responsáveis pela gestão das redes de saúde em

cada um desses territórios e a contratualização de metas e resultados entre as Superintendências das Regiões de Saúde e a Administração Central da SES-DF¹⁵ (Figura 2).

Em 2011 teve início a implantação do Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB), por meio de contrato de gestão celebrado entre a SES-DF e o Instituto de Câncer Infantil e Pediatria Especializada (ICIPE), Organização Social criada pela Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças Portadoras de Câncer e Hemopatias (ABRACE), especialmente para a finalidade de gerir o HCB²⁶.

Em 2017, o HBDF foi transformado em um Serviço Social Autônomo e passou a ser denominado Instituto Hospital de Base (IHBDF), conforme Lei nº 5.899 de 2017²⁷. A criação dessa entidade foi motivada pela necessidade de dar autonomia à gestão de recursos, nas aquisições e nas contratações necessárias ao seu funcionamento, mantendo-se o caráter público de todas as suas ações.

No período de 2015 a 2018 realizaram-se ações para a reorganização da APS, com o intuito de alterar a configuração que perdurava desde meados da década de 1990, de coexistência de dois modelos de APS: UBS com serviços organizados por meio de especialidades médicas e agenda programada que predominava no Plano Piloto e algumas Regiões Administrativas; e a ESF, organizada segundo princípios de adscrição de clientela, abordagem familiar, vínculo e longitudinalidade, entre outros princípios, presente na maioria das Regiões Administrativas com maior vulnerabilidade social^{17,28,29}.

Como marcos dessas iniciativas, citam-se a Portaria SES-DF nº 77³⁰, que estabelece as normas e diretrizes da Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, e a Portaria SES-DF nº 78³¹, que regulamenta o Art. 51 da Portaria nº 77, ao disciplinar o processo de conversão da APS ao modelo da ESF. As ações de reorganização incluíram a remodelagem do processo de trabalho, a contratação e a qualificação de profissionais, a extensão de dias e horários de funcionamento das UBS, entre outras mudanças.

Essa proposta foi formulada nos anos de 2016 e 2017, em complemento ao Projeto Brasília Saudável³², apresentado em 2016, que propunha um conjunto de ações de fortalecimento da APS e das unidades de pronto atendimento (UPAS), por meio da contratação de OSS, conforme experiências de outros municípios brasileiros. Tal proposta, todavia, não foi integralmente aprovada pelo Conselho de Saúde do DF (CSDF), sobretudo a ampliação da participação das OSS na gestão de

unidades de saúde. Em decorrência disso, o CSDF criou uma Comissão de Reforma do Modelo Assistencial/Gestão da Atenção Primária a Saúde do DF por meio da Resolução CSDF nº 464 de 12/07/2016³³, a qual propõe diretrizes que foram sintetizadas na Resolução CSDF nº 465/2016 de 24/10/2016³⁴. Nessa resolução, em seu Art. 7, o CSDF limita a participação de entidades públicas e privadas na gestão das UPAS, desde que justificada a real necessidade.

Identificar e reconhecer o caráter complementar das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) na rede de saúde do Distrito Federal, mediante análise individual de características de atendimento de cada serviço, de forma a justificar a adoção de modelos alternativos de gestão dentro do arcabouço legal existente, com a possibilidade de parcerias por meio de contrato de gestão com entidades especializadas, públicas ou privadas, inclusive instituições de ensino³⁵.

Na formação e desenvolvimento de pessoal em saúde, houve ampliação relevante dos programas de residência médica e a criação dos primeiros programas de residência multiprofissional em saúde e em rede na SES-DF, sob a coordenação da ESCS/FEPECS. Adicionalmente, foram criados programas de pós-graduação *stricto sensu* na ESCS, o Mestrado Profissional em Ciências da Saúde em 2012 e o Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde em 2016, assim como o Doutorado Interinstitucional em 2016, entre a ESCS e a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Anteriormente, a ESCS realizara Mestrado Interinstitucional com a UNESP de Botucatu, o que promoveu aprendizado institucional e favoreceu a criação dos programas próprios³⁴.

Em 2014 foi criada a Escola de Aperfeiçoamento para o SUS (EAPSUS), responsável pela articulação de cursos correspondentes às necessidades apontadas pelos gestores da SES-DF. Essa escola tem uma atuação forte na qualificação da prática clínica dos profissionais, por meio da organização de atividades de educação permanente, em que profissionais experientes, com reconhecido percurso de serviços prestados e dispostos a compartilhar conhecimentos, atuam como instrutores em atividades teórico-práticas que se multiplicam continuamente, constituindo comunidades de aprendizagem³⁴.

Evolução das condições de saúde da população e de oferta de serviços

Em 2017 o DF alcançou uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE) de aproximadamente 3 (três) milhões de habitantes, acrescida de aproximadamente 2 (dois) milhões de residentes nos municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE) (Lei Complementar nº 94 de 1998)²⁸. O SUS-DF contempla uma rede própria, com oferta de atenção integral e serviços de diferentes densidades tecnológicas. Em 2018 existiam 7.962 leitos disponíveis, dos quais 4.482 (56,2%) são do SUS-DF, pertencentes a 16 hospitais. A APS é desenvolvida em 168 UBS, com 540 equipes de ESF, cuja cobertura atinge mais de 2 (dois) milhões de habitantes (68% da população residente). Incluem-se outras 06 (seis) UPAS e 14 (quatorze) laboratórios regionais, entre diversos pontos de atenção, além das unidades vinculadas, tais como: Fundação Hemocentro, Laboratório Central, FEPECS e CSDF²⁸.

O sistema público de saúde do DF tem na SES-DF a principal entidade mantenedora e executiva das diferentes atividades de gestão, como financiamento, planejamento, aquisições e contratação de profissionais. O financiamento ocorre por recursos próprios do governo local, na sua maioria, acrescido dos repasses de recursos do Ministério da Saúde (MS) e do FCDF^{22,34}.

Ao longo do tempo, as condições de saúde da população do DF se modificaram favoravelmente, conforme indicadores de mortalidade infantil e a esperança de vida ao nascer (Tabela 1). A mortalidade infantil decaiu de 28,88 para 11,2 óbitos em 1.000 nascidos vivos, de 1990 a 2017. Por outro lado, a esperança de vida ao nascer, aumentou de 68 anos em 1993 para 77 anos em 2013. Esses dados sinalizam a melhoria das condições de vida na Capital do País. Ao exame dos dados que caracterizam a oferta pública de serviços de saúde no DF (Tabelas 1 e 2), observa-se crescimento populacional importante, mas não se observa, em igual medida, o crescimento da oferta de serviços quando mensurados pelos leitos por mil habitantes, constante em todo o período apesar do aumento no número absoluto de hospitais e leitos³⁴.

Em relação às APS, em uma rápida observação na Tabela 2, verifica-se que em 1998 implantaram-se 277 equipes de SF, o que alcançou 50,91% de cobertura populacional. No ano seguinte caiu para 22,6%, seguido de 10,5% em 2000, chegando a 0% de cobertura em 2003. A retomada na implantação de ESF ocorreu em 2004, mas somente em 2018 se alcança novamente os patamares de 1998 (544 equipes e 68% de cobertura da população). A relação de médicos por mil habitantes, considerando-se somente os

contratados como servidores públicos, ampliou no período, assim como a de enfermeiros.

Discussão

Na retrospectiva dos 58 anos de criação do Sistema Público de Saúde no DF identificam-se características de *path dependence*^{8,9}, oscilando momentos em que se sobrepõem os mecanismos de reforço à ideia original e momentos em que se apresentam propostas de mudança da trajetória da política para a superação de limitações na sua capacidade de promover, prevenir, assistir e recuperar a saúde da população^{15,17,29}.

A implantação dos primeiros planos para organização do sistema de saúde do DF propiciou a criação da maior parte da infraestrutura física de serviços de saúde que estão disponíveis no momento atual no DF. Observa-se ênfase na construção de grandes hospitais que se manteve por pelo menos 20 anos, agregando a essas unidades, todas as demais estratégias, como a formação dos profissionais, a incorporação de tecnologias, a forma de fazer a gestão do sistema e de pensar o cuidado em saúde. A partir dos anos 1980, sob a influência de novos conceitos e de diretrizes nacionais e internacionais, sobressaem-se os planos que apostam no fortalecimento da APS, para ampliar acesso da população aos serviços e promover mudanças disruptivas no modelo assistencial^{17,29,36,37}.

A entrada da APS na agenda da política de saúde do DF ocorreu no segundo plano e foi objeto de sucessivas iniciativas de mudança na sua organização nos mandatos governamentais subsequentes, desde 1994, quando o Ministério da Saúde adotou a Estratégia Saúde da Família como o principal modelo de reorganização da APS. Os esforços políticos locais passaram então a buscar estratégias, para incorporar no cotidiano do trabalho, ações e serviços com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente no território³⁶, próprias do modelo de ESF.

É de se destacar que no último quadriênio se ousou promover a reestruturação da APS por meio das estruturas existentes sem inclusão de entidades intermediárias para a contratação de profissionais, prática recorrente em momentos anteriores e em outras Unidades da Federação¹⁷. Ademais, os debates e as exposições dessa medida promovidos pela imprensa local e pelas instân-

cias que representam as arenas de discussão da saúde, notadamente o CSDF, despertaram a atenção de parcelas importantes da população, o que poderá (re)politizar as manifestações em favor do SUS-DF.

Em relação à gestão do sistema de saúde, chamou atenção a desativação da FHDF, que promoveu a acumulação das funções operacionais e de formulação política pela SES-DF. Os efeitos, embora pouco avaliados, incluem a dificuldade de coordenação, a fragmentação e a morosidade na operação de aquisições, com a centralização da tomada de decisão em relação à gestão orçamentário-financeira e de recursos humanos. Essa característica predominante no sistema de saúde do DF segue em permanente conflito com a forte descentralização na prestação de serviços nas Regiões e Unidades de Saúde, que correm os riscos, que consomem os insumos e que resolvem os problemas de saúde da população¹⁷.

À centralização administrativa da SES-DF têm sido creditadas as principais dificuldades de abastecimento dos insumos, de contratação de pessoal em tempo oportuno e de manutenções em geral. Essa característica também tem justificado muitos projetos que ora vão para as parcerias público-privadas, ora focam na descentralização/desconcentração administrativa, como o PDPAS²⁵ e o Programa de Gestão Regionalizada em Saúde¹⁵. Não há, entretanto, uma análise mais aprofundada sobre outros fatores exógenos que implicam em dificuldades da gestão pública da saúde, como o provável déficit orçamentário, os já conhecidos excessos dos órgãos de controle e o esgotamento da Lei de Licitações brasileira.

Esse cenário suscita uma importante questão: como resolver a contradição entre a centralidade acumulada de formulação e operacionalização da política de saúde e a descentralização de serviços, dada a atual subdivisão do DF em Regiões Administrativas, conforme sua Lei Orgânica. Convém avaliar os processos de descentralização que já se operaram no âmbito do DF e em outras Unidades da Federação para a construção de evidências que possam contribuir nas decisões futuras.

As experiências de formação e desenvolvimento de pessoal de saúde que se verificam no DF representam um potente vetor de inovações no campo da saúde e da educação. Embora tenham uma origem caracterizada pela dicotomia entre formação técnica e intensa especialização médica, as iniciativas que se desdobraram a partir dos anos 2000, sobretudo a partir da criação

da ESCS e dos programas de residência médica e multiprofissional, demonstram a viabilidade da formação pautada pela profunda integração ensino-serviço-comunidade, capazes de contribuir para a consolidação do SUS, visto associarem a compreensão dos aspectos objetivos e subjetivos da saúde do ser humano ao cotidiano das práticas e dos serviços de saúde²². Essa experiência também é fecunda na produção de novos conhecimentos e novas políticas públicas e vem sendo objeto de mimetização para outros setores, como a educação e a segurança pública^{8,9}.

O exame rápido dos indicadores de mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer sinalizam que ocorreram, ao longo do período de 1990 a 2017, melhorias nas condições gerais de vida da população. Por outro lado, os indicadores de oferta de serviços sinalizam a existência de lacunas assistenciais em relação à atenção hospitalar e à volatilidade na cobertura populacional por APS, já bastante documentados na literatura^{17,29}.

Assim, o que se observa na trajetória do SUS-DF é que aqui foi forjado um sistema de saúde que considera as peculiaridades do DF como capital do país, com influência dos fatores contingenciais (exógenos), tais como a transição demográfica, nutricional, epidemiológica e inovação tecnológica³⁷, mas com baixa velocidade desse sistema em se adaptar a essas mudanças por meio de reformas internas (cultura organizacional, arranjos organizativos, modelos assistenciais, modelos de financiamento, sistemas de incentivos e liderança)³⁷.

Conclusões

O sistema de saúde do DF tem uma organização complexa, com entidades de diferentes personalidades jurídicas, finalidades e entregas à população, incluindo desde aquelas que desenvolvem atividades assistenciais de diferentes complexidades até as que se ocupam da educação, pesquisa e desenvolvimento científico, o que constitui sua fortaleza. Ademais, o exame, ainda que rápido, da trajetória do SUS-DF, demonstra que as estruturas e as experiências de formação e desenvolvimento de pessoal em saúde com características de multi e interdisciplinaridade e integradas à gestão e aos serviços de saúde, se bem coordenadas, podem retroalimentar e conduzir a saúde pública local rumo a um novo ciclo focado na população e em suas necessidades.

Colaboradores

LBD Göttems e AMB Raggio – trabalharam na concepção, delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e sua revisão crítica; MO Almeida – trabalhou na concepção, delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados; RJ Bittencourt – trabalhou na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

- Oliveira LL. *A construção de Brasília*. [acessado 2018 Jun 14]. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/JK/artigos/Brasilia/Construcao>.
- Lassance A, Lopes CNS, Farias DD, Silva DC, Pereira MM. *Brasília: Capital do Brasil*. Brasília: Instituto Histórico e Geográfico do Distrito Federal, Pórfiro; 2003.
- Campos CEA, Cohn A, Brandão AL. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1351-1364.
- Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal; 1988.
- Brasil. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
- Brasil. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 28 dez.
- Souza C. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Rev. Bras. Ci. Soc.* 2003; 18:15-20.
- Kay A. A critique of the use of path dependency in policy studies. *Public Administration* 2005; 83(3):553-571.
- Kwamie A, Dijk HV, Ansah EK, Agyepong IA. The path dependence of district manager decision-space in Ghana. *Health Policy and Planning* 2016; 31(3):356-366.
- Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais* 2009; 1(1):1-15.
- Kaniak CEA. Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar para o Distrito Federal de Henrique Bandeira de Mello. *Rev Saúde Dist Fed* 1999; 10:52-53.
- Melo HB. Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília. *Revista do Serviço de Saúde Pública* 1959; XI(1).
- Frejat J. Sistema de saúde do DF: modelo para o país. *Rev Saúde Dist Fed* 1999; 10:53-59.
- Silva E. *A saga da Fundação Hospitalar no Distrito Federal: e a medicina da poeira e da lama*. Brasília: Copacabana; 2000.
- Göttems LBD, Raggio AMB, Oliveira A, Roque MV, Bittencourt RJ. A regionalização da Gestão da Saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro. *Brasília em Debate* 2017; 17:22-27.
- Scartezini M. Hospital Juscelino Kubitschek de Oliveira (Ex-hospital do IAPI). *Rev Saúde Dist Fed* 1999; 10:66-70.
- Göttems LBD. *Análise da política de atenção primária a 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]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
- Câmara Legislativa do Distrito Federal. Lei nº 206, de 13 de dezembro de 1991. Autoriza o Governo do Distrito Federal a criar a Fundação Hemocentro de Brasília e o Sistema De Sangue, Componentes e Hemoderivados (SSCH) e dá outras providências. *Diário Oficial do Distrito Federal* 1991; 16 dez.

19. Campos VDG. Residência Médica: Desafios e Perspectivas. *Com. Ciências Saúde* 2015; 26(1/2):7-8.
20. Brasil. Lei nº 10.633, de 27 de dezembro de 2002. Institui o Fundo Constitucional do Distrito Federal – FCDF, para atender o disposto no inciso XIV do art. 21 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União* 2002; 30 dez.
21. Câmara Legislativa do Distrito Federal. Lei nº 2.676, de 12 de janeiro de 2001. Cria a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2001; 15 jan.
22. Silva VO, Santana PMMA. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(52):121-132.
23. Mineto RC. Residência em enfermagem do Hospital de Base do Distrito Federal: avaliação dos ex-residentes. *Com. Ciências Saúde* 2008; 19(2):155-162.
24. Nascimento ICR. *A experiência do contrato de gestão no DF: o caso do Hospital Regional de Santa Maria* [monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011. [acessado 2018 Jun 14]. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/2837/6/2011_Isabel_CristinaRigottidoNascimento.pdf
25. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 31.625, de 29 de abril de 2010. Institui o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS) para as Diretorias Regionais de Saúde e as Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2010; 30 abr.
26. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. *Plano Distrital de Saúde 2016-2019*. Brasília; 2016 [acessado 2018 Jun 14]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_I-1.pdf
27. Câmara Legislativa do Distrito Federal. Lei nº 5.899, de 03 de julho de 2017. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – IHBDF e dá outras providências. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 4 jul.
28. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. *Relatório Anual de Gestão*. Brasília; 2017. [acessado 2018 Jun 14]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/RAG-2016-Parte-I.pdf>
29. Göttems LBD, Evangelista MSN, Pires MRGM, Silva AFM, Silva PA. A trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal. *Cad Saude Publica* 2009; 25(6):1409-1419.
30. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017b. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 15 fev.
31. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 15 fev.
32. Distrito Federal. *Projeto Brasília Saudável: fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal*. [acessado 2018 Jun 14]. Disponível em: http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf
33. Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução CSDF nº 464, de 12 de julho de 2016. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2016; 29 jul.
34. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. *Relatório Anual de Gestão*. Brasília; 2017. [acessado 2018 Jun 14]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/RAG-2016-Parte-I.pdf>
35. Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução CSDF nº 465, de 04 de outubro de 2016. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2016; 24 out.
36. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2013; 66(esp):158-164.
37. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud. Av.* 2013; 27(78):27-34.

Artigo apresentado em 15/06/2018

Aprovado em 06/02/2019

Versão final apresentada em 27/03/2019