

## A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil

### The Health Reform of Brasília, Brazil

Humberto Lucena Pereira da Fonseca (<https://orcid.org/0000-0001-7788-4957>)<sup>1</sup>

**Abstract** *This paper aims to show a set of strategies and care management and organization actions that have been undertaken in what was conventionally called the Health Sector Reform of the Government of the Federal District in the period 2015-2018, which was based on the strengthening of primary health care, the organization of secondary care, the establishment of the health regulatory complex, the proposed regionalization and decentralization, the systematization of contracting and contractual implementation, and the proposal and establishment of a new management model for the main public hospital in Brasília.*

**Key words** *Unified health system, Health policy, Federal district, Primary health care*

**Resumo** *O objetivo deste artigo é apresentar um conjunto de estratégias, ações de gestão e de organização do cuidado, que vêm sendo empreendidas naquilo que se convencionou chamar da Reforma do Setor Saúde do Governo do Distrito Federal no período de 2015-2018, que teve por base o fortalecimento da atenção primária à saúde, a organização da atenção secundária, a criação do complexo regulador em saúde, a proposição de uma regionalização e descentralização, a sistematização das contratações e execuções contratuais, além da proposição e criação de um novo modelo de gestão para o principal hospital público de Brasília.*

**Palavras-chave** *Sistema único de saúde, Política de saúde, Atenção primária à saúde*

---

<sup>1</sup> Secretaria de Saúde do Distrito Federal. STN, Asa Norte. 70086-900 Brasília DF Brasil.  
hfonseca@senado.leg.br

## Introdução

O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal tem características distintas do restante do País. A principal diferença está na dupla natureza do DF como ente federativo, acumulando funções de Estado e de Município, o que é especialmente relevante no contexto da saúde pública e do federalismo sanitário. Embora em muitos aspectos essa fusão de competências diminua os conflitos que outras unidades têm, por outro lado há um aumento das competências e responsabilidades da gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESEDF), que sempre teve característica centralizadora, na contramão das atuais tendências da gestão pública.

Além disso, Brasília tem o fundo constitucional, repasse da União que se destina à segurança pública, saúde e educação instituído, em razão de abrigar a Capital do País. Esse valor, no passado, trouxe certa tranquilidade às contas da saúde. No entanto, com o aumento da demanda por saúde pública, decorrente do envelhecimento da população e do avanço das doenças crônicas e da crise econômica que o País atravessa, os recursos tornaram-se insuficientes para manter essa regularidade de contas.

Talvez esse relativo equilíbrio de contas do passado tenha desestimulado a otimização dos custos e a busca por maior eficiência no sistema de saúde do DF. Encontramos um sistema cuja porta de entrada dos usuários era quase exclusivamente as emergências hospitalares, além de seis UPAs, construídas sem planejamento de pessoal, que funcionavam com base em contratos temporários, mais tarde proibidos pela Justiça, e em horas extras. A atenção primária funcionava de forma desorganizada. A cobertura de saúde da família era uma das piores do Brasil, cerca de 28%, e, mesmo onde havia equipes, a estratégia era realizada sem os atributos que a caracterizam e lhe conferem eficiência. Cada posto ou centro de saúde tinha um conjunto de serviços diferente. Especialistas focais, principalmente clínicos, ginecologistas e pediatras, mas também anestesiólogos, cirurgiões e outros, trabalhavam de acordo com as próprias agendas. Em alguns locais havia uma equipe de saúde da família, colocada em espaços improvisados nos centros tradicionais, apenas para justificar o pagamento de gratificações que aumentavam em 30% os salários de todos os servidores lotados em unidades com pelo menos uma equipe do programa. Uma lei local garantia o pagamento nesses casos, o que gerava distorção do objetivo de estimular a estratégia saúde da família.

Ademais, foram tomadas decisões que desconsideraram uma possível deterioração da economia, o que nos trouxe à situação que encontramos no início de 2015. Em 2013, foi aprovada uma lei distrital que reduziu a carga horária de 24h para 20h semanais dos técnicos em saúde, só implementada em 2015. Anos antes, o mesmo tinha acontecido com os profissionais de nível superior. Ainda foram aprovadas leis concedendo aumentos salariais desconectados da realidade das contas públicas. Brasília paga os maiores salários do Brasil para profissionais de saúde, quatro a seis vezes mais que a média nacional em algumas categorias. Isso levou, no início deste governo, à absurda situação de mais de 80% do orçamento da saúde ser utilizado para o pagamento de pessoal. Não havia disponibilidade para fazer o custeio de abastecimento de medicamentos e outros insumos, manutenção de estruturas e equipamentos, ou pagamento de serviços terceirizados, como limpeza, vigilância e alimentação hospitalar.

Para complicar a situação, foi deixada pelo governo anterior uma dívida de cerca de R\$ 600 milhões até 2014, apurada em 2015, uma vez que os empenhos relativos a produtos e serviços efetivamente entregues foram cancelados. Essa dívida prejudicou os processos de aquisição, que já são morosos na administração direta, regida pela Lei 8.666, de 1993, incompatível com o tempo de resposta que se exige em saúde pública. Nem mesmo os salários de 2014 foram empenhados, tendo o governo iniciado com greve de servidores e parcelamento de salários.

A maioria das unidades da federação há anos move-se em direção a modelos descentralizados de gestão, baseados em desempenho, metas e resultados, e com autonomia regional e estruturas jurídico-administrativas mais flexíveis. Brasília estava atrasada nessa discussão, mantendo a pesada estrutura de administração direta e centralizada em praticamente todas as unidades da rede.

Em suma, essa foi a situação encontrada em 2016: dívida impagável naquele momento; gastos com pessoal acima dos limites prudenciais da Lei de Responsabilidade Fiscal, dificultando a substituição de aposentadorias e exonerações; orçamento minguado, dada a crise econômica nacional dos últimos anos; força de trabalho insuficiente para a demanda da saúde; desorganização da rede com atenção primária fraca e fragmentada e inexistência do nível secundário organizado; frágil regulação de serviços; modelo retrógrado de gestão. Além disso, sempre houve resistência de sindicatos, autoridades de controle e de forças

políticas locais às tentativas de inovação necessárias para mudar o rumo dessa história.

### **A reforma da Atenção Primária à Saúde – Converte**

Há 40 anos, desde Alma-Ata, conhece-se a importância do fortalecimento da Atenção Primária como base para o funcionamento do sistema de saúde. Atualmente, reafirma-se a importância do investimento em Atenção Primária à Saúde (APS) para todas as sociedades, com grande potencial de contribuir para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, para estimular um progresso humano mais sustentável e equitativo<sup>1</sup>. No Brasil, estudos recentes confirmam a correlação entre uma investimento em Atenção Primária e melhores indicadores demográficos, especialmente expectativa de vida, o que não se repetiu em outros níveis de atenção<sup>2</sup>.

O primeiro grande desafio para a estruturação da rede de atenção à saúde de Brasília foi a organização da APS, de forma a cumprir seus atributos essenciais e derivados. Para isso, lançou-se o programa de conversão de todos os modelos de APS adotados no DF em Estratégia Saúde da Família (ESF), conhecido como Converte ou ConverteAPS.

Além disso, era necessário reorganizar o próprio sistema de trabalho da APS, para efetivamente instalar o modelo da ESF em todo o DF. Publicou-se, assim, a Portaria nº 77<sup>3</sup>, de 2017, que, além de enunciar os conceitos e atributos da APS e da ESF, também trouxe normas de funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS). O processo de trabalho passou a expressamente envolver escuta qualificada, classificação de risco, atendimento em programação clínica e em demanda espontânea e deixou claro que o ponto de contato do paciente com o sistema de saúde passaria a ser a atenção primária.

No entanto, a publicação de um normativo, ainda que baseado na melhor literatura e com orientações corretas, jamais seria suficiente para promover reforma tão ampla. A força de trabalho disponível nunca havia se organizado dessa forma, e muita resistência deveria ser esperada, como de fato aconteceu.

O Converte teve por base a utilização da força de trabalho já existente na APS de Brasília para a estruturação de equipes de saúde da família (eSF), mesmo porque não havia disponibilidade orçamentária para contratar novas equipes completas e havia convicção de que a multiplicidade de modelos assistenciais era danosa à APS.

Identificou-se, no ano de 2016, a existência de 328 médicos, 408 enfermeiros e 1046 técnicos em enfermagem na APS, fora de equipes de saúde da família, que poderiam ser aproveitados na ESF.

Juntamente com a Portaria nº 77<sup>3</sup>, foi publicada a Portaria nº 78<sup>4</sup>, que mostrava o caminho para que os preceitos da Portaria nº 77 pudessem ser plenamente implementados. Aos médicos e enfermeiros lotados na APS fora de equipes foi oferecida a opção de participar da capacitação em saúde da família, para que pudessem exercer as competências básicas para o atendimento da população que fossem assumir. Foram ainda criadas equipes de transição, formadas por um clínico, um ginecologista, um pediatra, três enfermeiros e seis técnicos de enfermagem. Essas equipes de transição deveriam promover matriciamento interno, além da capacitação formal, para, ao final do processo, serem divididas em três eSF. Foi dado um prazo definido para a conversão das equipes de transição em eSF, considerando o objetivo de instituir um único modelo de APS, e não criar um modelo a mais para coexistir com os anteriores.

Nesse processo, houve ampla adesão dos enfermeiros. No entanto, a resistência dos médicos foi grande, e somente um terço deles fez opção por aderir ao Converte. Os profissionais que não aderiram foram realocados em outros níveis de atenção, e foram feitas 300 nomeações de médicos de família constantes do cadastro de reserva do concurso realizado em 2014. Cerca de 160 deles permanecem nos quadros da SES/DF hoje. Ao final do processo de capacitação, 110 médicos foram aprovados na avaliação de aproveitamento da capacitação e pediram a mudança de especialidade para Medicina de Família e Comunidade (MFC) no cargo de médico. Ressalte-se que, até então, a SES/DF nunca havia exigido residência ou título de especialista para o ingresso na carreira de MFC. A capacitação do Converte não tinha por objetivo formar especialistas em MFC, mas dar as competências básicas para que pudessem atuar na APS, estimulando a formação continuada.

Com a maciça adesão da enfermagem, a mudança de especialidade dos médicos e as nomeações de médicos de família, a cobertura de saúde da família cresceu, em pouco mais de um ano, de cerca de 30% para 69,1%, com 549 eSF.

Ampliada a cobertura, com equipes suficientes principalmente nas regiões mais vulneráveis do DF, o desafio passou a ser a qualidade do atendimento e a resolutividade das equipes. Por isso, ao final de 2017, alteraram-se os requisitos para ingresso na carreira de MFC, passando-

se a exigir a residência ou título de especialista. Criou-se ainda o cargo de enfermeiro de família e comunidade. No primeiro semestre de 2018, foi feito o primeiro concurso público para médicos de família especialistas e para enfermeiros de família. Em 31 de julho de 2018, foram nomeados 59 médicos de família, para completar as equipes compostas apenas pela enfermagem. Somente em 2019 os enfermeiros de família aprovados no concurso poderão ser nomeados para compor novas equipes e continuar a ampliação da cobertura, pois, em razão de impugnações ao edital do concurso, não houve tempo hábil para homologar esse certame antes do prazo conferido pela legislação eleitoral.

O desafio da qualidade na APS também passa pela capacitação dos profissionais das equipes e gerentes de UBS, o que será promovido continuamente, a começar por parcerias com instituições de ensino e pesquisa do DF, já em fase avançada de discussão.

Outro grande desafio para consolidar a ESF no DF é a contratação de agentes comunitários da saúde (ACS). Para as 597 ESF, seriam necessários cerca de 3 mil ACS, e a disponibilidade desse profissional na SES/DF é de apenas mil, suficiente somente para manter as equipes habilitadas no Ministério da Saúde. A Lei Distrital nº 5.237<sup>5</sup>, de 2013, de forma inconstitucional, fez a transposição dos agentes contratados no passado por instituições privadas em servidores públicos, sem concurso. O Tribunal de Justiça de Distrito Federal e Territórios (TJDFT) chegou a declarar a inconstitucionalidade de alteração análoga promovida à Lei Orgânica do Distrito Federal. Ademais, o regime jurídico estatutário, com admissão por concurso público, não é o melhor considerando a natureza da função de ACS e a necessidade de ser parte da comunidade em que atua.

Por isso, foi enviado à Câmara Legislativa do DF e aguarda votação o PL nº 1.981, de 2018, que unifica as funções de agente comunitário de saúde e agente de vigilância ambiental (correspondente ao agente de combate a endemias) e cria o emprego público de agente comunitário de saúde e combate a endemias (ACSCE), com ingresso por meio de processo seletivo público e regionalizado. Com a aprovação dessa lei, será possível avançar na contratação de agentes para completar as ESF.

No que tange à saúde bucal, foi publicada a Portaria nº 341<sup>6</sup>, de 12 de abril de 2018, que, baseada nos mesmos princípios da ESF, organiza a prestação de assistência odontológica na atenção primária.

Ainda no contexto do aumento da resolutividade e da qualidade da APS no DF, foram publicadas duas Portarias com o objetivo de organizar os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), de acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). À semelhança do que foi feito nas Portarias 77<sup>3</sup> e 78<sup>4</sup>, de 2017, a Portaria SES nº 489<sup>7</sup>, de 24 de maio de 2018, regulamenta a estruturação e a operacionalização dos NASF-AB, com suas normas e diretrizes, e a Portaria SES nº 496<sup>8</sup>, de 25 de maio de 2018, disciplina o processo de transição das equipes para o novo modelo.

Houve um esforço para esse processo de conversão fosse feito de forma transparente, normatizada e com qualidade técnica em todos os normativos, de forma que as mudanças realizadas pudessem ser bem compreendidas, defendidas, criticadas, revisitadas e revistas a qualquer tempo, evitando possíveis retrocessos no futuro.

Concomitantemente, outras medidas foram tomadas partindo da premissa da APS como ordenadora da rede, como a estruturação da atenção secundária e a criação do complexo regulador do DF.

### **Organização da Atenção Secundária**

No DF os ambulatorios de especialidade eram ofertados em um parte dentro dos hospitais e em outra dentro da atenção primária, com médicos de várias especialidades focais trabalhando nos centros e postos de saúde, sem uniformidade, regulação ou sistematização do trabalho.

Não é unânime o entendimento acerca dos benefícios de se dispor de um nível secundário de atenção, organizado de forma separada da atenção primária e desvinculado da atenção hospitalar. De nossa parte, avaliamos que a atenção secundária não é somente uma forma de acesso a serviços de especialidades de saúde, mas uma instância de educação permanente dos profissionais da atenção primária, já que o matriciamento das ESF para aumento de sua resolutividade é um dos grandes objetivos. No DF, a implementação do Converte e a decisão de boa parte dos médicos especialistas focais da atenção primária de não participarem de equipes de saúde da família reforçaram a decisão pela estruturação da atenção secundária para a organização da rede de saúde.

Por um lado, procurou-se não recrudescer o embate com os profissionais tornados disponíveis pelo Converte, o que fatalmente ocorreria na hipótese de uma alteração brusca de suas atividades ambulatoriais, embora isso tenha acontecido

para alguns deles. Por outro lado, mesmo com o processo de capacitação promovido no âmbito do Converte, a existência da atenção secundária poderia contribuir, como visto, para aumentar a resolutividade da atenção primária e desconstruir a cultura de dependência da população da estrutura hospitalar e de pronto-socorros, principalmente nesse primeiro momento de consolidação da ESF. Por fim, a atenção secundária também servirá para promover o atendimento em programação clínica para pacientes ainda não cobertos por saúde da família, até que se atinja a totalidade da cobertura para toda a população.

Foi criada a estrutura administrativa, que já nasceu regionalizada, para a organização da atenção secundária. Além de uma Diretoria na estrutura da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS), com competência técnica, foram criadas Diretorias Regionais de Atenção Secundária.

Foram incluídas nesse novo nível de atenção os ambulatorios de especialidades, alguns inicialmente mantidos dentro dos hospitais, e outros em policlínicas, algumas das quais instaladas em centros de saúde cujos profissionais, principalmente médicos, tiveram baixa adesão ao Converte. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e as Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA) também passaram a fazer parte da atenção secundária, uma vez que não havia clareza sobre o nível de atenção a que pertenciam.

Nesse sentido, após o Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018, que criou os órgãos e cargos, foi publicada a Portaria SES nº 773, de 19 de julho de 2018, que organizou o funcionamento, as carteiras de serviços e os fluxos da atenção secundária. A portaria também prevê o acesso a esse nível de atenção via regulação e a necessidade de planejamento prévio, por meio dos Planos de Especialidade, dos Planos de Ação das Redes Temáticas para a oferta de novos serviços, que frequentemente eram abertos sem critérios epidemiológicos, seguindo somente a conveniência e a capacitação do profissional lotado na unidade.

Atualmente, temos, na estrutura da atenção secundária, os seguintes equipamentos: 19 Policlínicas, 17 Centros de Atenção Psicossocial, 13 Centros de Especialidade de Odontologia, 2 Laboratórios Regionais, 1 Hospital Dia, 1 Centro de Orientação Médico Psicopedagógica - COMPP, 1 Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão, 1 Adolescente, 1 Centro Especializado de Reabilitação, 1 Núcleo de Testagem e Aconselhamento, 1 Centro de Radiologia. Esta estrutura ainda não está completamente refle-

tida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES) do Ministério da Saúde.

Avaliamos que o nível secundário de atenção, em um primeiro momento, tende a crescer, com abertura de novas policlínicas e oferecimento de novas especialidades fora dos hospitais. No entanto, no médio prazo, esperamos que a tendência se inverta e, com o aumento da qualidade da atenção primária, a atenção secundária seja menos demandada.

### **Criação do complexo regulador em saúde**

Em Brasília, até 2015, a regulação da saúde pública ocorria de forma pontual, para alguns serviços específicos. Eram regulados os leitos de UTI, distribuídos por vários hospitais próprios da SES/DF e em algumas unidades privadas contratualizadas, além de alguns exames de maior complexidade e dezessete especialidades médicas cuja oferta era centralizada.

Não havia regulação de leitos de internação, leitos de urgência e emergência, cirurgias eletivas nem da maioria das especialidades oferecidas pela rede do DF.

A falta da regulação dificulta o acesso da população aos serviços e favorece uma situação infelizmente corriqueira em uma rede tão grande: a apropriação da oferta do serviço pelo profissional de saúde. Ou seja, a existência de “donos” dos serviços não regulados, que decidem quem será atendido e com que prioridade, de acordo com seus critérios pessoais, que podem ser justos ou não.

Em um cenário de demanda maior que a oferta de serviços públicos de saúde, realidade de todo o Sistema Único de Saúde, a regulação é essencial para dar cumprimento ao princípio da equidade, estabelecendo prioridades de atendimento, democratizando e dando transparência às filas, e organizando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção ofertados pela rede de saúde.

Com tal horizonte em mente, foi criado o primeiro Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF), pelo Decreto 38.488<sup>o</sup>, de 13 de setembro de 2017, com uma estrutura administrativa especializada nas modalidades de serviço ofertadas. O objetivo dessa iniciativa foi regular todos os serviços prestados pela SESDF, com exceção daqueles ofertados pela Atenção Primária. Um dos objetivos é ter efetivamente a APS, principal cliente do Complexo Regulador, como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde.

Além de organizar e democratizar o acesso aos serviços, um dos grandes méritos do processo de implementação de um complexo regulador

é a indução da construção ou incorporação de protocolos clínicos e da definição das carteiras de serviço de cada uma das especialidades disponíveis no sistema de saúde. Somente com esses documentos se pode promover eficiência à regulação, evitando que o critério cronológico de demanda seja o único adotado para a oferta dos serviços especializados.

Dentro do Complexo Regulador do DF, inseriu-se a primeira estrutura administrativa do SAMU, central e regionalizada, que até então não existia, e a Diretoria de Transplantes. Além disso, foi criada uma Diretoria de Regulação, com centrais de internação hospitalar, regulação ambulatorial, regulação de cirurgias eletivas, regulação interestadual e de alta complexidade e uma central de regulação de transporte sanitário, para tratar de forma especializada a regulação dessas modalidades de serviços oferecidos pela rede SES/DF.

O sistema de regulação idealizado para o DF prevê três panoramas possíveis, em função da disponibilidade dos serviços. O Panorama 1 diz respeito à regulação dos serviços para os quais cada uma das sete regiões de saúde são autossuficientes. Nesse caso, a própria região é responsável pela regulação de seus pacientes. No Panorama 2 estão os serviços não disponíveis em todas as regiões, mas em algumas delas, devendo haver regulação de uma região para a outra, mediante pactuação direta, com participação do comando central. Por fim, no Panorama 3, teríamos os serviços de maior densidade tecnológica, que somente são oferecidos pelas Unidades de Referência Distrital, e cuja regulação é de responsabilidade do órgão central de regulação.

Optou-se por utilizar, como ferramenta de Tecnologia da Informação, a utilização do sistema de regulação do Ministério da Saúde (Sisreg), com melhorias construídas em parceria da Coordenação de Tecnologia da Informação da SES/DF com a equipe técnica do Ministério da Saúde. No segundo semestre de 2018, já está em execução a regulação de cirurgias eletivas cardíacas em dois hospitais, Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF) e Instituto Hospital de Base (IHB).

A completa implantação da regulação de serviços contribuirá sobremaneira para organizar a rede e fornecer informações importantes para o planejamento da saúde em qualquer tempo.

### **Regionalização e descentralização**

A partir de 2015, o DF iniciou estudos para promover a criação de Regiões de Saúde, seguindo a linha do estímulo à regionalização e à

descentralização da saúde. Foram criadas sete regiões de saúde pelo Decreto 37.057<sup>10</sup>, de janeiro de 2016 – Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudoeste, Centro-Sul e Centro, cada uma com um ou dois hospitais regionais e vários outros equipamentos públicos, como UBS, CAPS e policlínicas. Além disso, o Hospital de Base do Distrito Federal, o Hospital São Vicente de Paulo e o Hospital de Apoio de Brasília foram classificados como Unidades de Referência Distrital (URD), servindo a toda a população do DF. A regionalização foi instituída pelo Decreto 37.515<sup>11</sup>, de 26 de julho de 2016. Mais tarde, já em 2018, foram feitos ajustes, e a região Centro-Norte englobou parte da região Centro-Sul, criando-se a região Central, com características epidemiológicas mais uniformes. No mesmo período, o Hospital Materno-Infantil de Brasília, que fazia parte da região Centro-Sul, e o Complexo Regulador também foram classificados como URDs.

Após quase dois anos de discussões entre o comando central e as regiões e diversas oficinas de capacitação, ao final de 2017 foram assinados os acordos de gestão regional (AGR), com metas a serem perseguidas pelos superintendentes regionais, que, em certa medida, comparam-se aos Secretários Municipais de Saúde nos demais Estados.

A etapa final que completaria o processo de regionalização e descentralização administrativa, qual seja, o efetivo controle sobre a execução orçamentária e sobre as contratações, não se completou, porque se identificou uma incapacidade das regiões de manter estruturas administrativas capazes de cumprir tais tarefas. Somente uma pequena parte do orçamento é executada diretamente pelas regiões, aquela correspondente ao PDPAS (Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde), um recurso pequeno, limitado a R\$ 8 mil por item, teoricamente utilizado para situações excepcionais de falta de materiais ou pequenas contratações, mas que foi essencial para manter o fornecimento de alguns insumos em vários momentos.

As normas públicas, em especial as regras de licitações e contratos, da forma como evoluíram desde 1988, tiveram por objetivo evitar os nefastos efeitos da desonestidade na gestão pública, mas não deram a devida atenção às consequências sobre a gestão como um todo. A consequência é um alto nível de burocratização, que, além de demandar um grande número de profissionais para analisar e controlar todos os processos, impõe uma demora de meses até anos para concluir qualquer contratação.

Se os órgãos centrais já têm grande dificuldade para concluir os processos, as regiões, que sequer dispõem dessa equipe e desse conhecimento, não teriam condições de assumir as funções hoje desempenhadas centralmente. Descentralizar, nesse caso, não seria distribuir poder e competências, mas compartilhar a mesma ineficiência.

Para lidar com essa situação, dois conjuntos de medidas foram adotados: primeiro, promoveu-se, em 2017 e 2018, a sistematização das contratações e execuções contratuais, com a elaboração e a publicação do primeiro Regulamento de Contratações da SES/DF e o primeiro Manual de Execuções. Em segundo lugar, buscou-se investir em modelos jurídico-administrativos mais ágeis, modernos e voltados para resultados, como a criação do Instituto Hospital de Base, um serviço social autônomo controlado publicamente mas regido por normas de direito privado, sobre o qual discorreremos adiante.

#### **Sistematização das contratações e execuções contratuais**

Na seara das licitações, contratações e execuções contratuais, a situação encontrada no Distrito Federal era preocupante. Havia uma dívida de cerca de R\$ 600 milhões deixada pelo governo anterior e que não tinha perspectiva de ser paga por falta de recursos orçamentários e financeiros. Além disso, em março de 2016, havia mais de R\$ 500 milhões em despesas sem cobertura contratual, em razão das dificuldades na realização dos processos licitatórios ou de contratação emergencial.

Os processos iam e viam entre as áreas técnicas – responsáveis pela definição da demanda, realização de estudos preliminares e elaboração dos projetos básicos – e as áreas centrais das contratações, com competência para analisar a regularidade do processo e promover a licitação em si. Houve casos de processos com vinte projetos básicos diferentes, que já perduravam por anos e não se concluía.

Nas execuções contratuais, a liquidação e o pagamento estavam desorganizados e a demora acarretava constantes ameaças de empresas de cessarem o fornecimento por dificuldades financeiras. O principal problema era a multiplicidade de fiscais distribuídos pelas unidades de saúde e as várias portas de entrada dos documentos de cobrança.

A demora do pagamento, bem como a incapacidade de pagar as despesas de exercícios anteriores, principalmente aquelas de 2014 ou mais

antigas, espantava os fornecedores e aumentava o número de licitações desertas ou fracassadas.

Para atenuar esses problemas, foram editados o Regulamento e o Manual de Contratações da SES/DF (Portaria SES nº 210<sup>12</sup>, de 13 de abril de 2017) e o primeiro Manual de Execuções Contratuais (Portaria SES nº 170<sup>13</sup>, de 11 de abril de 2018). Esses documentos tiveram por objetivo aumentar a eficiência dos processos na administração direta, bem como diminuir o tempo de pagamento aos fornecedores, que se queixam frequentemente do excesso de prazo entre o fornecimento do produto ou serviço e o pagamento.

Assim, a construção dos projetos básicos e termos de referência passou a ser feita por comissões de elaboração de instrumento contratuais, com a participação tanto da área técnica respectiva quanto do órgão de contratações. As demandas passaram a ser oficializadas e consolidadas. O recebimento dos documentos de cobrança também foi centralizado e foi criada a figura do executor central dos contratos, com o apoio dos inspetores locais. Prazos foram estabelecidos e responsabilidades foram definidas. Todo o processo passou a ser monitorado por indicadores. Além disso, em 2017 migrou-se dos processos em papel para o processo eletrônico, por meio do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) desenvolvido pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região, diminuindo também o tempo de tramitação entre áreas.

Com isso, entre outras medidas, foi possível reduzir o tempo dos processos licitatórios e aumentar o número de pregões realizados, que passou de 230 em 2016, para 336 em 2017 e acumula 355 até agosto de 2018, com cerca de 2.903 itens adquiridos. Para medicamentos, o tempo do processo para compra em licitações regulares desde a implementação das mudanças de junho de 2017 até agosto de 2018 foi em média de 194 dias, tendo sido 172 dias em julho de 2018 e 131 dias em agosto. Para material médico-hospitalar, o tempo foi de 216 dias em todo o período, 204 dias em julho de 2018 e 172 em agosto. Além da maior eficiência do processo, o monitoramento desses prazos, com apresentação mensal dos resultados, também contribuiu para sua redução.

Apenas nas aquisições realizadas em 2018 é possível estimar uma economia de cerca de R\$ 39 milhões, correspondente a diferença entre os valores estimados e os valores pagos nos itens adquiridos.

Destaca-se também uma economia de cerca de R\$ 80 milhões entre 2016 e 2018 referente a aquisições que eram realizadas por meio de con-

tratos emergenciais ou de natureza indenizatória e que passaram a ser executadas por meio de contratos regulares, licitados por valores abaixo dos anteriores.

Entretanto, ainda que se tenha conseguido melhorar as regras de contratação por administração direta, esse modelo nunca terá a mesma eficiência de uma estrutura jurídico-administrativa pensada para fazer saúde pública, com regras próprias que garantam transparência, eficiência e a agilidade que se espera e se exige do sistema de saúde.

### **Criação de estruturas jurídico-administrativas mais eficientes – o Instituto Hospital de Base**

As normas que regem a administração direta no Brasil são inadequadas ao peso que se atribuiu ao Estado em nosso modelo constitucional, em especial na saúde, regida pelos princípios da universalidade e da integralidade. Os obstáculos são impostos não somente por leis, mas todo um sistema que permite a diuturna criação de novas regras por autoridades de controle. Seria razoável imaginar que normas mais rígidas gerariam um alto nível de confiabilidade e segurança, ainda que à custa da lentidão dos processos públicos, mas não é isso que se verifica. A lei de licitações está, juntamente com o financiamento eleitoral, no coração dos escândalos de corrupção da história recente do País. A dificuldade gera oportunidade para vender facilidade. O regime jurídico do servidor público, ou a forma como é aplicado, é um dos grandes entraves para se avançar em modelos melhores de gestão de pessoas, baseados em resultados, monitoramento, premiação por desempenho e qualidade.

O efeito disso é que os órgãos públicos em todo o Brasil estão aquém do que poderiam atingir em termos de eficiência e resultados e, em saúde, não há espaço para lentidão. A velocidade de resposta marca a diferença entre a vida e a morte, entre a recuperação e a sequela. As regras do jogo, contudo, são as mesmas. Compra-se um quimioterápico da mesma forma que se compra café para a repartição. Recupera-se uma unidade de saúde com as mesmas regras com que se conserta a calçada da esquina.

As normas são inadequadas e o Estado precisa cumprir seu dever de fazer saúde, de forma universal, integral e tempestiva. Como fazer essa conta fechar? Estados e Municípios têm buscado modelos jurídico-administrativos com regras mais razoáveis, como fundações, empresas públi-

cas, serviços sociais autônomos e parcerias com organizações sociais, todos enfrentando resistência dos defensores de um “Estado puro”. Os Legislativos locais e federal, bem como o STF, reconhecem legitimidade a esses modelos para a saúde pública, sem os quais a situação estaria pior.

O Distrito Federal está atrasado nessa tendência, absolutamente necessária para fazer saúde pública no século XXI. Quase todo o sistema de saúde do DF ainda é feito por administração direta, depois da extinção da Fundação Hospitalar de Brasília em maio de 2000.

Tínhamos uma única estrutura com gestão efetivamente descentralizada: o Hospital da Criança de Brasília, gerido em parceria com uma organização social criada pela associação de usuários que construiu o hospital e o doou ao Poder Público. Mesmo sem qualquer denúncia de irregularidade em sete anos de gestão do hospital, alta produtividade, cumprimento das metas e um nível de satisfação dos usuários acima de 99% e dos trabalhadores acima de 93%, ainda houve investidas de sindicatos e autoridades de controle contra o seu modelo de gestão, que chegou a estar em efetivo perigo em 2018, mas que foi defendido pelo Poder Público e pela sociedade, permanecendo em plena execução neste momento.

Tentou-se, até 2016, expandir os contratos de gestão com organizações sociais. Primeiramente para a atenção primária da maior Região Administrativa do DF, a Ceilândia, com 460 mil habitantes, que tinha a menor cobertura de saúde da família do DF, com cerca de 22%. Depois, foi feita a mesma tentativa para a UPA da Ceilândia, em razão de sua baixa produtividade e dificuldade de contratar pessoal. No entanto, houve ferrenha oposição dos Legislativo local e de sindicatos de servidores da saúde, e não se conseguiu avançar no projeto.

Em 2017, após diálogo com várias instituições, como OAB, CRM, Ministério Público, Tribunal de Contas e Conselho de Saúde, o Governo do DF encaminhou projeto de lei à Câmara Legislativa para instituir em nossa maior unidade – o Hospital de Base – um modelo jurídico-administrativo capaz de trazer efetiva autonomia, eficiência, transparência e agilidade nos processos internos. A proposta foi criar um serviço social autônomo, a exemplo do que já existia na rede Sarah Kubitschek, no serviço de saúde do Estado do Acre e no Hospital Metropolitano de Belo Horizonte Dr. Célio de Castro, com normas de direito privado em uma estrutura de controle público.

Ao projeto de lei também foram incorporados os preceitos estabelecidos pelo Supremo

Tribunal Federal nas Ações Diretas de Inconstitucionalidade nº 1.864, julgada em 2008, e nº 1.923, julgada em 2018, que reconhece a legitimidade da estrutura e estabelecem que esse tipo de ente paraestatal não se submete ao regramento de licitações e de concursos públicos nem ao regime jurídico estatutário.

Dessa forma, depois de intensa discussão e várias audiências públicas e seminários sobre o tema, a Câmara Legislativa do DF aprovou e o governador promulgou a Lei nº 5.899<sup>14</sup>, de 3 de julho de 2017, autorizando a criação do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF). Essa lei foi regulamentada pelo Decreto 38.332<sup>15</sup>, de 13 de julho de 2017. O Conselho de Administração, formado por onze pessoas e nomeado pelo governador, aprovou o Estatuto do IHBDF em 15 de agosto de 2017, levado a registro em cartório. Em dezembro, foram aprovados o Regimento Interno, o Regulamento Próprio do Processo de Seleção para Admissão de Pessoal e o Regulamento Próprio De Compras e Contratações. Finalmente, em 11 de janeiro foi assinado o contrato de gestão com a SES/DF e no dia seguinte iniciou-se a novo modelo de gestão do IHBDF, como serviço social autônomo. Todos esses documentos estão disponíveis em [www.institutohospitaldebase.com](http://www.institutohospitaldebase.com).

Vale mencionar que, em oito meses de atuação, conforme o segundo relatório trimestral de gestão, apresentado ao Conselho de Administração em 25 de agosto de 2018, a melhoria de desempenho e o aumento da qualidade dos serviços prestados são claros.

O IHBDF reabriu 107 leitos que estavam bloqueados por problemas de falta de pessoal ou infraestrutura, não havendo mais nenhum leito bloqueado no hospital. Havia seis salas cirúrgicas abertas. Hoje, após a compra de equipamentos, investimentos em infraestrutura e gestão de pessoas, são doze salas cirúrgicas abertas. O número diário de cirurgias subiu de cerca de 15 por dia útil no mês para mais de 40 em agosto de 2018. A ocupação média do pronto-socorro caiu de 195 para cerca de 120 pacientes, acima da capacidade de 83, mas com uma queda bastante relevante em razão do fluxo de cirurgias e internações em

enfermaria. O número de consultas de oncologia saltou de 10 para 180 por mês, o que permitiu zerrar a fila de oncologia clínica do Distrito Federal. O IHBDF faz suas compras em 40 dias em média, enquanto a SES demora em média de seis a oito meses com o processo de licitação, e o valor das contratações é semelhante, chegando a ser 10% inferior em alguns itens. Os problemas de abastecimento e manutenção foram substancialmente reduzidos. Por fim, o indicador de satisfação dos usuários saltou de 31% para 65% na emergência e de 31% para 72% no ambulatório.

O processo de instalação e consolidação do IHBDF ainda está em curso, mas os primeiros resultados são alvissareiros. Ressalte-se que a estrutura física é a mesma, o orçamento é o mesmo de 2015 e o IHBDF funciona hoje com menos trabalhadores do que funcionava antes da mudança de modelo. A diferença são as regras que regem seu funcionamento. Normas pensadas para fazer saúde, que aumentam a agilidade sem sacrificar a transparência. Acreditamos que, após a completa consolidação do modelo, ele poderá ser expandido para outras unidades do DF, bem como ser objeto de estudos próprios e servir de paradigma para outras unidades da federação.

## Conclusão

O DF passou a partir de 2015 por uma reforma de seu sistema de saúde, para estabelecer uma rede de atenção à saúde regionalizada, ordenada a partir da atenção primária e baseada na Estratégia Saúde da Família. Os desafios foram e continuam sendo muitos, mas destacam-se como grandes projetos implementados nesse período a criação do Complexo Regulador em Saúde, a organização do nível secundário de atenção, a sistematização do processo de contratações e execuções contratuais e o investimento em modelos jurídico-administrativos descentralizados, em especial o modelo de serviço social autônomo instalado no Instituto Hospital de Base, fundamentado em resultados, metas e indicadores de qualidade, e com regras adequadas ao que se exige do Sistema Único de Saúde.

## Referências

- Hone T, Macincko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata; what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet* 2018; 392(10156):1461-1472.
- Chiavegatto Filho ADP, Santos HG, Nascimento CF, Massa K, Kawachi I. Overachieving Municipalities in Public Health: A Machine-learning Approach. *Epidemiology* 2018; 29(6):836-840.
- Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Distrito Federal, 2017. [acessado 2018 Set 5]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-SES-DF-n%C2%BA-77-2017-Esstablece-a-Pol%C3%ADtica-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-n%C3%A0-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal.pdf>
- Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Distrito Federal, 2017. [acessado 2018 Set 5]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-SES-DF-n%C2%BA-78-de-14-de-fevereiro-de-2017...Regulamenta-o-art.-51-da-Portaria-n%C2%BA-77-de-2017-para.pdf>
- Distrito Federal. Lei Distrital nº 5.237, de 16 de dezembro de 2013. Distrito Federal, 2013. [acessado 2018 Set 5]. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/75947/Lei\\_5237.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/75947/Lei_5237.html)
- Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 341, de 12 de abril de 2018. Distrito Federal, 2018. [acessado 2018 Set 5]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-SES-DF-n%C2%BA-341-2018-Redefine-normas-e-diretrizes-na-Sa%C3%BAde-Bucal-fundamentada-no-ESF.pdf>
- Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 489, de 24 de maio de 2018. Distrito Federal, 2018. [acessado 2018 Set 5]. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fa973d02ac7f47ad87eb39f3d4fc85b1/ses\\_prt\\_489\\_2018\\_rep.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fa973d02ac7f47ad87eb39f3d4fc85b1/ses_prt_489_2018_rep.html)
- Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 496, de 25 de maio de 2018. Distrito Federal, 2018. [acessado 2018 Set 5]. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/778bc7967ebb4ff791f4fb53d97bf5db/ses\\_prt\\_496\\_2018\\_rep.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/778bc7967ebb4ff791f4fb53d97bf5db/ses_prt_496_2018_rep.html)
- Distrito Federal. Decreto nº 38.488, de 13 de setembro de 2017. Distrito Federal, 2017. [acessado 2018 Set 5]. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Decreto-38488-de-13\\_09\\_2017\\_Altera-a-estrutura-administrativa-da-Secretaria-de-Estado-de-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal..pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Decreto-38488-de-13_09_2017_Altera-a-estrutura-administrativa-da-Secretaria-de-Estado-de-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal..pdf)
- Distrito Federal. Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016. Distrito Federal, 2016. [acessado 2018 Set 5]. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/ef9ffafc95b0448db85e0010846badf8/exec\\_dec\\_37057\\_2016\\_rep.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/ef9ffafc95b0448db85e0010846badf8/exec_dec_37057_2016_rep.html)
- Distrito Federal. Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016. Distrito Federal, 2016. [acessado 2018 Set 5]. Disponível em: [http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2016/07\\_Julho/DODF%20143%2027-07-2016/DODF%20143%2027-07-2016%20SECAO1.pdf](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2016/07_Julho/DODF%20143%2027-07-2016/DODF%20143%2027-07-2016%20SECAO1.pdf)
- Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 210, de 13 de abril de 2018. Distrito Federal, 2018. [acessado 2018 Set 5]. Disponível em: [http://www.tc.df.gov.br/sinj/Norma/b14d5102602245139941be24aee7ed11/Portaria\\_210\\_13\\_04\\_2017.html](http://www.tc.df.gov.br/sinj/Norma/b14d5102602245139941be24aee7ed11/Portaria_210_13_04_2017.html)
- Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 170, de 11 de abril de 2018. Distrito Federal, 2018. [acessado 2018 Set 5]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-170-2018-Regulamento-das-Execu%C3%A7%C3%B5es-das-Contrata%C3%A7%C3%B5es-da-SES.pdf>
- Distrito Federal. Lei Distrital nº 5.899, de 3 de julho de 2017. Distrito Federal, 2017. [acessado 2018 Set 5]. Disponível em: [http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/07\\_Julho/DODF%20126%2004-07-2017/DODF%20126%2004-07-2017%20INTEGRA.pdf](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/07_Julho/DODF%20126%2004-07-2017/DODF%20126%2004-07-2017%20INTEGRA.pdf)
- Distrito Federal. Decreto-Lei nº 38.332, de 13 de julho de 2017. Distrito Federal, 2017. [acessado 2018 Set 5]. Disponível em: [http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/aab3bb5cfaef45e6bb84845c874c62aa/Decreto\\_38332\\_13\\_07\\_2017.html](http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/aab3bb5cfaef45e6bb84845c874c62aa/Decreto_38332_13_07_2017.html)

Artigo apresentado em 05/09/2018

Aprovado em 06/02/2019

Versão final apresentada em 26/03/2019