

**CARTA AO NOVO GOVERNO DO DISTRITO
FEDERAL 2019-2022**

**SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL:
SITUAÇÃO ATUAL E PROPOSTAS PARA AS
ELEIÇÕES 2018**

BRASÍLIA/DF

JULHO DE 2018

APRESENTAÇÃO

O presente documento¹ tem o intuito de compreender o panorama e as contradições do sistema de saúde no Distrito Federal (DF) e busca subsidiar a elaboração dos programas das(os) pré-candidatas(os) ao Governo distrital. Ademais, busca ser um instrumento para a luta cotidiana pela concretização do direito à saúde conquistado pela população, que deve ser garantido pelas(os) novas(os) governantes. O processo de construção coletiva desta Carta ao Governo do GDF 2019-2022 buscou, assim, construir um panorama sobre a situação de saúde no DF, com base em dados epidemiológicos e na vocalização das necessidades de saúde da população, bem como apresentar propostas para as próximas gestões.

Para isso, foram realizados diálogos em distintos espaços e com variados sujeitos sociais, que incluíram a participação em diversas reuniões dos conselhos regionais de saúde, conversas com usuárias e usuários, profissionais de saúde, gestoras e gestores, pesquisadoras e pesquisadores. A partir de uma consolidação prévia de percepções e propostas, foi realizada, na manhã do dia 23 de junho de 2018, na Escola Fiocruz de Governo - Brasília, uma oficina com distintos sujeitos sociais para debater a situação de saúde no DF. Os principais pontos e encaminhamentos debatidos foram sistematizados e organizados para a construção de uma análise coletiva sobre a situação de saúde do DF e de propostas de enfrentamentos. Esse documento foi encaminhado às/aos participantes da oficina para complementações e aprovação, resultando nesta Carta ao Novo Governo do Distrito Federal 2019-2022.

Este lançamento, com a apresentação e debate sobre o documento, dá-se agora em evento aberto com as pré-candidatas e os pré-candidatos ao GDF, a fim de buscar seu comprometimento com a garantia do direito à saúde, com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), com a democracia e com o respeito a este e a outros processos participativos, nos quais a população do DF tenha espaço para discutir e apresentar suas reais necessidades, para subsidiar o direcionamento das políticas, com vistas à garantia dos direitos da população. E o nosso trabalho não para por aqui. Para além das eleições, as lutas continuarão se dando no cotidiano de vida e trabalho. Essa e outras discussões precisam ser permanentemente reforçadas, aprofundadas e qualificadas, não só no setor saúde, mas também de forma intersetorial. E o compromisso que esperamos das(os) pré-candidatas(os) é que o apoio não ocorra somente no programa eleitoral, mas que se somem na defesa e na luta pela melhoria contínua das condições de saúde e de vida da nossa população.

**Sigamos pelo direito à saúde
pública, universal, integral, participativa e de qualidade!**

Viva o SUS!

¹ Esta carta foi sistematizada pelo núcleo Cebes-DF a partir de diálogos e oficina com Conselhos de Saúde de diferentes regionais do DF, movimentos sociais, profissionais de saúde, pesquisadoras(es), estudantes, usuárias(os) do SUS e militantes pelo direito à saúde.

Tinha um EIXO atravessando meu peito
tão grande que dividia a minha alma em L2
SUL e NORTE.
Uma W3 entalada na garganta virou nó.

Eles têm o Parque da Cidade,
Nós o Três Meninas,
Eles a Catedral,
Nós Santa Luzia,
Eles Sudoeste,
Nós Sol Nascente,
Eles o Lago Paranoá,
Nós Águas Lindas.

Sou filha da Maria,
que não é Santa e nem puta.
Nasci e me criei num paraíso que chamam de Val
e me formei na Universidade Estrutural.
Fui batizada no Santuário dos Pajés
por um guerreiro Fulni-ô.

Eu não troco o meu Recanto de Riachos Fundos e
Samambaias verdes pelas tuas Tesourinhas.
Essa Brasília não é minha.
Porque eu não sou planalto, eu sou
PERIFERIA!
Porque eu não sou concreto, eu sou
QUEBRADA!

- **Meimei Bastos**

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Contexto geral do Distrito Federal

O território do Distrito Federal (DF) foi dividido inicialmente pela Lei nº 4.545/64 em oito Regiões Administrativas (RAs) (Plano Piloto, Paranoá, Jardim, Planaltina, Sobradinho, Brazlândia, Taguatinga e Gama), com Administrações Regionais. Posteriormente, para atender a interesses políticos e administrativos, essas Regiões foram subdivididas, chegando a 31 em 2016 (CODEPLAN, 2017). Essas RAs integram o Governo do Distrito Federal (GDF), sendo seus representantes escolhidos pelo Governador.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do DF, em 2017, ultrapassou 3 milhões de habitantes (IBGE, 2018). As RAs mais populosas são, respectivamente, Ceilândia, Samambaia, Plano Piloto, Taguatinga e Planaltina. As crianças têm maior frequência nas regiões recém-criadas e de baixa renda, como Itapoã (28,2%), Estrutural (27,9%) e Fercal (27,2%). Os jovens de 15 a 24 anos estão percentualmente mais representativos no Varjão (24,7%) e na Estrutural (23,8%). Já os idosos são mais representativos no Lago Sul (34,0%) e Lago Norte (25,1%), regiões mais consolidadas (CODEPLAN, 2015).

No que diz respeito à cor/raça, 52,2% da população do DF declarou ser parda, seguida por 41,7% da cor branca e 5,7% da cor preta. Nas regiões de maior renda, prevaleceu a cor branca (Lago Sul com 69,5%, Plano Piloto com 67,7% e Jardim Botânico com 63,4%), enquanto nas regiões de menor poder aquisitivo prevaleceu a cor parda (Planaltina com 69,5%, Varjão com 64,7% e Fercal com 62,9%) (CODEPLAN, 2015).

O salário médio mensal no DF é de 5,3 salários mínimos, valores que variam bastante de acordo com a ocupação e a região (variação entre a média de 10,3 salários mínimos per capita no Lago Sul e de 0,7 na Estrutural). 30,9% da população possui rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa (CODEPLAN, 2015; IBGE, 2018), e 19,1% das residências próprias estão em terrenos não regularizados.

Quanto ao saneamento básico, 98,1% das residências do DF têm abastecimento de água potável e 85,5% dos domicílios da zona urbana são atendidos pelo serviço de esgotamento sanitário, fatores diretamente relacionados a condicionantes e determinantes sociais da saúde (CODEPLAN, 2015).

Além da população do DF, tem grande importância para as políticas sociais a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE/DF, criada pela Lei Complementar nº 94, de 19/02/1998, que conta com uma população estimada em 1.314.361 habitantes em 2016, ou seja, quase a metade da população do DF (CODEPLAN, 2017). A RIDE/DF foi criada com o objetivo de “elaborar e executar planos nacionais e regionais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social” (BRASIL, 1998). Apesar de institucionalizada a RIDE, há ainda uma desarticulação e sobrecarga de atendimento no âmbito do DF. Muitos trabalhadores que moram no Entorno do DF e trabalham fora de sua área de moradia, tem acesso dificultado aos serviços de saúde, como à Estratégia Saúde da Família.

Há que se ter um olhar especial para a população do entorno e enfrentar de maneira definitiva as questões surgidas para a gestão do sistema de saúde do DF em razão do processo de conurbação em torno de Brasília, que apenas reflete um processo de expulsão

das camadas mais pobres da população para periferias cada vez mais distantes. Não se trata de assumir a responsabilidade integral pela saúde da população do Entorno, mas da problemática em o GDF negar a sua responsabilidade pela saúde dessas pessoas. A condição de cidadão brasileiro do paciente necessitado de uma prestação de serviço de saúde deve ser mais importante que a preocupação com a fonte de recursos que arcará com os gastos daí decorrentes, o sistema deve se adequar à necessidade da população.

Além disso, é preciso um olhar especial para outros grupos populacionais que se encontram em maior vulnerabilidade. A zona rural do DF e entorno, por exemplo, possui problemas estruturais para acesso a condições básicas de vida e saúde, como ao saneamento básico, sobretudo em acampamentos, o que agrava a situação de saúde das famílias. Também o modo de produção vigente, baseado no lucro, na concentração de terras, na monocultura transgênica, no uso abusivo de agrotóxicos, entre outras questões, vem ocasionando mudanças climáticas, crise de recursos hídricos, perda da biodiversidade, adoecimento da população e muitas vezes expulsão da terra das e dos agricultores, que produzem alimentos para todo o país.

Também a população que vive em situação de rua e em ocupações urbanas precisa de ações intersetoriais para a garantia de acesso a seus direitos. A falta de regularização das residências não deve ser impeditivo para o acesso aos serviços de saúde e para seu estabelecimento nos territórios onde as pessoas vivem.

Morbidade e Mortalidade

Em 2017, ocorreram 12.887 mortes no DF, sendo 54% entre indivíduos do sexo masculino. As principais causas de morte foram infarto agudo do miocárdio, pneumonia, agressão com uso de arma, acidente vascular cerebral e câncer de pulmão ou brônquios (SES/DF, 2018).

A taxa bruta de mortalidade (número total de óbitos por mil habitantes) no DF reduziu de 2010 para 2015, de 4,22 para 4,12, assim como diminuiu também a taxa de mortalidade infantil (MS, 2018), cuja média no DF é de 11,42 por mil nascidos vivos (IBGE, 2018).

As principais causas de internação, conforme o Código Internacional de Doenças (CID-10), foram: 1) Gravidez, parto e puerpério; 2) Lesões, envenenamentos e causas externas; 3) Afecções originadas no período perinatal; 4) Doenças do aparelho respiratório; e 5) Doenças do aparelho digestivo. A maior parte das internações têm caráter de urgência (86%) e quase 20% são de pacientes com residência no Estado de Goiás (SES/DF, 2018).

Rede de Atenção à Saúde

Atenção Básica

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação,

redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Ainda que sejam reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, a principal delas, tida como prioritária pelo Ministério da Saúde (MS), é a Estratégia Saúde da Família (ESF) (PNAB, 2017). A ESF tem um importante papel de reforçar a atuação da comunidade nos espaços de controle social da região, bem como de impulsionar as políticas intersetoriais com a educação, saneamento básico, etc.

Quando adequadamente estruturada, a Atenção Básica promove a redução da busca desnecessária da população pelos hospitais, reduzindo suas filas e, conseqüentemente, a maior queixa da população: dificuldade de acesso aos serviços de saúde. No entanto, dados do MS referentes ao mês de abril de 2018 apontam para uma cobertura de atenção básica no DF de 58,7%, abrangendo em torno de 1,78 milhão de pessoas. Considerando-se somente a ESF, a cobertura é reduzida para 39,4%, ou seja, apenas cerca de 1,2 milhão de pessoas são atendidas pelas 347 equipes da ESF implantadas (MS, 2018).

Tabela 1. Cobertura de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no DF, em % da população coberta, 2014-2018

	04/2014	04/2015	04/2016	04/2017	04/2018
Número de Equipes de Saúde da Família	217	233	239	270	347
Cobertura Equipe de Saúde da Família	26,8%	28,2%	28,3%	31,3%	39,4%
Cobertura Equipe de Atenção Básica	59,7%	61,5%	61,7%	59,2%	58,7%

Fonte: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

Segundo informações extraídas do site do Fundo Nacional de Saúde (FNS), foram repassados de janeiro a junho de 2018 para o GDF, 387 milhões de reais em recursos de custeio, dos quais 65,5 milhões específicos para a atenção básica.

A partir do diálogo com os sujeitos sociais, identificou-se que a Atenção Básica (AB) é um tema de grande atenção. A baixa cobertura de atenção básica e a fragilidade da comunicação e diálogo da gestão com os usuários gera o desconhecimento sobre as vias de acesso aos serviços de saúde e promove a busca por atendimento através das emergências dos hospitais. Isso favorece o aumento das filas de espera, gera sobrecarga de trabalho aos profissionais, diminui a satisfação do usuário e prejudica a estruturação da rede e o adequado atendimento às necessidades da população, fazendo prevalecer a concepção de saúde médico-hospitalocêntrica.

Há consenso com relação à importância da Estratégia Saúde da Família, demanda histórica que foi instituída no âmbito do controle social. Contudo, há críticas relacionadas à

forma como é implementado esse modelo: a conversão da atenção básica tradicional ao modelo de Estratégia Saúde da Família, batizada de “*Converte*”, impôs aos profissionais o trânsito da atuação especializada para a generalista sem que houvesse preparo adequado para tal mudança; nos usuários essa transição gerou a sensação de desassistência no âmbito das especialidades.

Há ainda dúvida no *Converte* e na forma de organização dos serviços de saúde no DF. Ao mesmo tempo em que se propõe o fortalecimento da ESF, investe-se no crescimento da privatização e do modelo médico-hospitalocêntrico, como se evidencia na área de saúde mental. A forma de operacionalização da conversão infelizmente tem se mostrado direcionado mais para uma economicidade do que para o bom funcionamento do sistema.

O afastamento de profissionais e o número insuficiente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e técnicos de enfermagem trazem prejuízos ao atendimento. As informações oficiais geram a expectativa de um atendimento integral quando comunica, por exemplo, a disponibilidade de equipe completa para determinada unidade de atendimento. Contudo, o que se nota é a incoerência entre o que é comunicado e a realidade prática em que se vivencia a indisponibilidade de profissionais de saúde e o impacto dessas ausências no atendimento que passa a não ser ofertado ou ofertado de maneira insatisfatória.

A precarização da estrutura física das unidades de saúde, a desativação e piora no acesso dos serviços prestados, bem como a falta de profissionais nas unidades de atendimento afeta o adequado atendimento à população, inviabiliza a territorialização e impacta negativamente na visitação e no acompanhamento pelas equipes de saúde a usuárias e usuários, comprometendo as ações de promoção e proteção da saúde. Colocam-se questionamentos também sobre os critérios de referência populacional por equipe, especialmente considerando a população que está no território, mas não está cadastrada e contabilizada.

Ademais da expansão da rede básica, não se pode deixar de lado a necessidade de estabelecer uma rede de unidades de retaguarda, que possa atender as demandas de saúde não resolvidas pela AB e que possa, com especial cuidado e sem discriminação, acolher a população do Entorno que não encontra em seus municípios as soluções para os problemas de saúde que as acometem. Há muita demanda sobrecarregando o sistema, por exemplo, quando chegam pacientes para atendimento nos prontos socorros por causas evitáveis. No geral, essas populações não recebem visitas de agentes comunitários de saúde e da equipe de saúde da família, não conseguem marcação de consultas, exames e procedimentos médicos, entre outros.

Outros níveis de atenção à saúde

Segundo dados do GDF, em 2017, foram realizadas 4.8 milhões de consultas ambulatoriais, 40,9 milhões de procedimentos ambulatoriais, 187,3 mil internações, 12,7 milhões de exames laboratoriais e 70,4 mil atendimentos pelo SAMU (SES/DF, 2018). A rede hospitalar do DF contava, em 2015, com 22 hospitais públicos, dos quais 16 eram de responsabilidade da Secretaria de Saúde (sendo cinco no Plano Piloto), quatro militares e dois da Administração Federal (Hospital Sarah Kubitscheck e Hospital Universitário). A taxa

de ocupação hospitalar era de 75% em 2014 no DF, e entre 2012 e 2014 houve redução de leitos hospitalares (CODEPLAN, 2017).

Além disso, há seis Unidades de Pronto Atendimento (Núcleo Bandeirante, Ceilândia, Samambaia, Recanto das Emas, São Sebastião e Sobradinho), estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária (SES-DF).

No âmbito da Saúde Mental, usuárias(os) e profissionais denunciam reiteradamente a falta de apoio aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a dificuldade de diálogo com a gestão, o destrato com as trabalhadoras e trabalhadores e a negação do direito de fala a usuárias e usuários, inclusive por conselheiros e conselheiras de saúde. Em algumas situações, verifica-se que equívocos na forma de organização e funcionamento do serviço de mental. Há ainda uma linha políadesca de atuação da gestão e assistência no trato com a população usuária dos CAPS.

Ainda nesse tema, a baixa cobertura de serviços substitutivos é apresentada: em 2010, o Ministério Público do Distrito Federal, determinou ao GDF a construção de 19 CAPS e 25 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Entretanto, oito anos depois o DF ainda não conta com cobertura de SRTs. Ademais, os CAPS existentes estão sobrecarregados e o acesso é limitado a usuários e usuárias com quadro clínico grave. Atendimentos de urgência psiquiátrica estão sendo realizados apenas no Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (HSVP), que teve seu financiamento ampliado pelo MS. O Instituto de Saúde Mental, inicialmente criado para ser uma casa de passagem para acolhimento dos internos da Clínica Planalto, mantém pacientes há mais de 15 anos internados, perpetuando a lógica manicomial. Comunidades terapêuticas (CT) estão atualmente vinculadas à Secretaria de Justiça e suas internações não são reguladas ou avaliadas pelo CAPS. No DF, a problemática do uso de drogas ilícitas ainda é tratada essencialmente como questão de segurança pública, e não de saúde.

Outros problemas destacados para a concretização do direito à saúde no DF é a fragilidade da rede de atenção secundária, que não conta com estrutura adequada de ambulatorios e policlínicas, o que sobrecarrega a atenção básica e os hospitais; a falta de rede de apoio a cirurgias eletivas; a redução e a dificuldade de acesso a leitos de UTI; e a atenção fragmentada à saúde das mulheres.

Além disso, a questão da privatização piora o acesso aos serviços de saúde do SUS, criando diferentes fontes de encaminhamentos. Mencionou-se que muitos hospitais aderem à lógica mercadológica, demandando a realização de exames laboratoriais desnecessários para aumentar o lucro.

Gestão do trabalho e da educação em saúde

A força de trabalho do SUS no DF é composta de 32,1 mil profissionais, dos quais 15,2 mil técnicas e técnicos em saúde, 4,9 mil médicas e médicos, 3,1 mil profissionais de enfermagem e 8,9 mil profissionais de outras carreiras (especialistas em saúde, auxiliares de saúde, médicas(os) residentes, entre outras). De um total de 5.185 médicas e médicos, 4.870 estão em atividade (230 estão afastados e 85 requisitados ou cedidos), 53% com

carga horária de 20 horas e 47% de 40 horas. Dentre os 3.132 profissionais de enfermagem, 75% têm carga horária de 40 horas, e o restante de 20 horas (SES/DF, 2018).

A política de humanização da assistência à saúde do GDF ainda é muito incipiente, portanto é preciso que seja priorizada de forma alinhada à Política Nacional de Humanização. A educação permanente precisa ser horizontalizada, para que sejam desenvolvidas habilidades no ambiente de trabalho, em rede e baseadas nas linhas de cuidado. Os Núcleos de educação permanente em saúde (NEPS) precisam ser fortalecidos e orientados pelas Políticas nacionais de Educação Permanente e de Educação Popular em Saúde, inclusive com participação social na definição de temas, no desenho das ações, na definição de metodologias e no monitoramento do impacto da educação permanente no serviço. É preciso também enfrentar o esvaziamento e a falta de prioridade sofridos pela Escola Técnica no DF.

Outro ponto que deve ser revisto é a formação e a distribuição dos profissionais de saúde. A formação de profissionais de saúde no país, especialmente de médicas e médicos, ainda é voltada para especialidades, o que dificulta as mudanças necessárias do modelo de atenção, que ainda é fragmentado e centrado na doença. A implementação de novas estratégias, como a “Converte”, de conversão do modelo de atenção básica (AB) tradicional para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), fortalecendo o papel da AB como coordenadora do cuidado em saúde, com base no território e nas necessidades de saúde da população, traz boas perspectivas.

Contudo, evidencia-se a falta de planejamento e organização para certas mudanças. É preciso estar atento a situações ocorridas, como aquelas em que profissionais de saúde tiveram que mudar de função, mas não receberam formação adequada para isso, ou nas em que houve desarticulação de serviços prévios, como a presença de alguns especialistas em centros de saúde, antes de a mudança para ESF estar organizada. Há muitos tipos de afastamentos de profissionais de saúde, inclusive por adoecimentos decorrentes de condições inadequadas de trabalho, o que impacta no atendimento, sendo que nas informações oficiais as equipes estão completas. Contudo, é importante que o momento de desconforto que uma mudança profunda causa não tire o mérito da implantação da ESF. É necessidade estabelecer um pacto envolvendo gestão, comunidade e profissionais para apoiar a mudança de modelo.

Em outra mão, precisam ser enfrentadas situações de profissionais que atendem em clínicas particulares em horário de trabalho, sendo que essas clínicas muitas vezes são criadas ao redor de hospitais públicos. Em muitos casos, o poder e o “saber” ainda estão centralizados nos profissionais de saúde frente aos usuários(as), dificultando uma participação ativa da população nos processos de enfrentamento dos problemas. Outros obstáculos são o corporativismo e o patrimonialismo.

O aumento das tensões na relação entre trabalhador(a)-usuário(a) se dá, muitas vezes, porque não existe canal de informação e boa gestão. Isso tem levado ao aumento da insatisfação e adoecimento de trabalhadores, que pode estar relacionado também aos casos de suicídios.

No âmbito da atenção especializada, faz-se necessária também a criação de núcleos de Telessaúde, onde profissionais poderão dividir sua jornada de trabalho em momentos de consulta direta em resposta de dúvidas específicas ou em ações de gestão, regulação ou educação.

Participação e controle social no SUS

No âmbito da participação social, vale ressaltar que ela é um princípio do próprio SUS e que os conselhos e as conferências de saúde são importantes instâncias de participação social nas decisões relacionadas à saúde.

Há pouca informação disponível e acessível quanto ao funcionamento dos conselhos regionais de saúde no DF. Está previsto na Lei Orgânica do DF que cada Região Administrativa conte com um Conselho Regional de Saúde. Entretanto, na prática, estes Conselhos não têm conseguido exercer suas atribuições na formulação, execução, controle e fiscalização da política de saúde local, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Ou seja, são espaços de mobilização, mas sem poder deliberativo e muito dependentes da participação e abertura da gestão local. Alguns sequer estão em funcionamento regular.

A deslegitimação das opiniões e deliberações dos conselhos por meio de práticas conservadoras e controladoras da gestão levam ao desestímulo à participação dos movimentos sociais / entidades / organizações nas esferas públicas. Há denúncias e ações junto ao Ministério Público e à Câmara Distrital. Há reclamações quanto às condições concretas para o funcionamento dos conselhos, como a inexistência de espaço físico, estrutura administrativa e equipamentos básicos adequados (como computadores, por exemplo). Há ainda relatos de cooptação de conselheiros e conselheiras de saúde pela gestão. Trabalhadores e trabalhadoras fazem denúncias, mas pedem anonimato para evitar retaliação. O sucateamento dos Conselhos enfraquece a instituição controle social no SUS e precisa ser enfrentado.

A exemplo do exposto na Resolução 465/2016, há uma série de determinações e definições para a saúde feitas pelos conselhos e que precisam ser acompanhadas e executadas. Para isso, faz-se necessário fortalecer e qualificar o espaço dos conselhos, de modo a resgatar sua legitimidade frente à execução de suas atribuições.

Outro ponto importante diz respeito às ouvidorias físicas, que deixam de existir. A manutenção apenas das ouvidorias virtuais e por telefone prejudicam o acesso a quem tem menos domínio dessas ferramentas. Assim, ficam ainda mais restritos os canais de comunicação entre a população e a Secretaria de Saúde.

Gestão do SUS no DF

O GDF possui um histórico de gestões que trazem novas propostas de mudança de modelos, gerando muitos conflitos com trabalhadoras e trabalhadores e desassistência à população. Para agravar a situação, as tentativas de privatização do SUS estão sempre rondando e dificultando a sua efetivação e bom funcionamento num modelo único e integrado de cuidado. Recentemente, o GDF apresentou proposta de privatização da gestão na atenção básica, por meio das Organizações Sociais da Saúde (OSS), mas o Conselho de Saúde do DF (CSDF) conseguiu evitar, exigindo a não privatização e o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo exitoso na organização da Atenção Básica (AB).

Antes de pensar em alternativas como as OSS é necessário olhar e qualificar a administração pública direta. Propostas de “novos modelos de gestão”, supostamente mais eficazes em função da maior autonomia financeira, têm como referência o modelo neoliberal de gestão, que pode implicar em: atuação do governo privilegiando o capital e com arrocho sobre as políticas sociais, redução dos concursos públicos, diminuição da eficiência e desvio do recurso público para a iniciativa privada. Além disso, costumam apresentar problemas relacionados à precarização do trabalho, sucateamento dos vínculos profissionais, flexibilidade das contratações firmadas sem garantia de melhoria na gestão e disparidade salarial.

Outra grande dificuldade com relação aos contratos com OSS é a falta de transparência e conseqüente dificuldade de fiscalização pelo controle social e pela população em geral, uma vez que na maioria das vezes nem o contrato nem as prestações de contas destas são encaminhadas aos Conselhos de Saúde, ferindo um dos princípios do SUS, e dando margem para o uso inapropriado de verba pública. Por fim, pode-se dizer que as iniciativas de Parcerias Público Privadas (PPP) como essas visam atender a interesses particulares e imediatistas, em detrimento da Saúde Pública.

Além da privatização, há problemas estruturais na gestão do SUS no DF. O Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2017, que deve ser encaminhado todos os anos para aprovação do Conselho de Saúde, ainda consta no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) como não encaminhado. Destaca-se que o RAG 2016 só foi aprovado pelo Conselho Distrital de Saúde em dezembro de 2017 (Resolução nº 496, de 12/12/2017) e, mesmo assim, com ressalvas, em decorrência das metas não alcançadas.

Do rol dos 100 indicadores propostos pela Programação Anual de Saúde (PAS) de 2016 da SES/DF, apenas 50% foram atingidos. É importante apontar as baixas metas pactuadas em 2017, tais como: cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica de 28% e Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população da mesma faixa etária, de 0,3.

Além disso, a gestão não promove a comunicação entre suas iniciativas e projetos com a população. Com isso, a população acaba tendo que transitar entre diversos serviços para conseguir atendimento integral, seja por serviços insuficientes, por falta de informação e comunicação ou mesmo por profissionais que produzem receitas e documentos incompletos ou errados. Na mídia e nos serviços o SUS é predominante criticado, o que aumenta as opiniões e posições favoráveis ao atendimento por planos de saúde. No entanto, já se percebe uma pequena mudança na fala de usuárias(os) e profissionais de saúde em relação à mudança do modelo, valorizando a redução da importância da centralidade do hospital no cuidado à saúde.

Há também pontos positivos na gestão do SUS que devem ser reforçados, como a transparência e a lei de acesso à informação; o uso de linguagem acessível para disseminar informação; aplicativos para orientação sobre o fluxo de atendimento para as(os) usuárias(os) dos serviços; canais de avaliação qualitativa de forma permanente pelo usuário dos serviços e ações ofertadas; maior envolvimento de trabalhadoras e trabalhadores na avaliação para alcançar melhoria na gestão e nos serviços prestados à população. Estratégias como a Sala de Situação do DF devem ser fortalecidos para ampliar a transparência e a visibilidade das ações de governo na área da saúde.

Financiamento do SUS/DF

Pelo lado das receitas do orçamento público, a regressividade do sistema tributário brasileiro amplia a pobreza e as desigualdades de renda, gênero, raça e regiões. Os gastos tributários, concedidos sem adequada avaliação, transparência e monitoramento, diminuem a arrecadação, o que acaba por reduzir a capacidade de financiamento de políticas públicas essenciais, como o SUS. Assim, é preciso fortalecer ações para além do setor saúde, para mudanças no sistema.

Pelo lado das despesas, o GDF empenhou, em 2017, R\$ 7,0 bilhões na saúde, dos quais R\$ 3,0 bilhões por meio do Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF), destinado ao pagamento de pessoal (ativo e inativo). Com os dados disponíveis até 12/07/2018, não foi possível excluir a despesa com inativos, já que são pagos através da fonte FCDF, cujas informações não estão disponíveis no Portal da Transparência, onde há informações mais detalhadas da execução orçamentária da SES/DF, mas que, além de ignorar a fonte FCDF, é deficiente na identificação das fontes de financiamento. Já na recém lançada Sala de Situação da SES-DF, uma iniciativa necessária e louvável para a maior transparência e visibilidade das ações do GDF na área da saúde, é possível uma visão mais ampla do financiamento da saúde por incluir todas as fontes e classificá-las corretamente, porém ainda não detalha as informações sobre o pagamento de inativos, o que permitiria mensurar a despesa com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), objeto de vinculação constitucional.

A despesa empenhada em 2017 foi 5,8% superior à de 2015, porém, inferior à inflação de 12,5% entre 2015 e 2017 (variação média do IPCA/IBGE), o que significa que houve redução real da despesa com saúde no período. Para o ano de 2018, o valor autorizado no orçamento é de R\$ 6,6 bilhões, 5,4% inferior à despesa empenhada em 2017, de R\$ 7,0 bilhões (Tabela 2). No caso da subfunção Atenção Básica, a despesa empenhada em 2017 foi de R\$ 29 milhões, muito inferior ao valor repassado pelo FNS - Fundo Nacional de Saúde no ano referente ao bloco de financiamento da Atenção Básica (R\$ 104 milhões), provavelmente porque a despesa de pessoal da atenção básica está registrado na subfunção Administração Geral.

Tabela 2 - Despesa Empenhada com Saúde em 2017 - GDF por Subfunção, em R\$ milhões correntes

Subfunção	2015 Empenhado	2016 Empenhado	2017 Empenhado	2018 Autorizado	Variação 2015-2017	Variação 2015-2018	Variação 2017-2018
Total	6.612	6.051	6.997	6.617	5,8%	0,1%	-5,4%
ADMINISTRAÇÃO GERAL+ FCDF	5.393	4.702	5.683	5.187	5,4%	-3,8%	-8,7%
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	646	647	718	880	11,2%	36,2%	22,5%
SUORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO	233	204	280	156	20,2%	-32,9%	-44,2%
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	164	176	165	127	0,8%	-22,8%	-23,4%
ATENÇÃO BÁSICA	30	47	29	99	-2,5%	232,7%	241,1%
ENSINO SUPERIOR	0	155	81	68	n.a.	n.a.	-16,5%
Outras subfunções	146	119	40	100	-72,4%	-31,5%	148,2%

Fonte: Sala de Situação da SES-DF

Nota: A despesa financiada com recursos do FCDF em 2017 e 2018 foi classificada como subfunção, quando na realidade é uma fonte. A lista das subfunções existentes consta da Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999. A tabela acima soma essa despesa com a "Administração Geral", por se tratar de recurso destinado ao pagamento de pessoal, para atenuar as variações decorrentes de mudança de critérios de classificação das despesas de um ano para outro.

A tabela 3 apresenta os dados da despesa empenhada por fonte e divide pela população para calcular o valor por habitante. O valor empenhado em 2017 foi de R\$ 2.302 por habitante, sendo o maior do país dentre as unidades da Federação. Para efeito de comparação com a despesa por habitante nas outras UFs seria necessária excluir a despesa com inativos, o que levaria, grosso modo, a despesa a pouco menos de R\$ 2.000 por habitante, enquanto a média da despesa com ASPS no país é de R\$ 1.279, incluindo o gasto nacional do MS (não regionalizável). A segunda maior despesa por habitante é a de Roraima (R\$ 1.826) e a terceira de Tocantins (R\$ 1.498).

Tabela 3 - Despesa corrente com Saúde do GDF por Fonte e por habitante, 2015 a 2018

Fonte	2015 Empenhado	2016 Empenhado	2017 Empenhado	2018 Autorizado	Variação 2015-2017	Variação 2015-2018	Variação 2017-2018
Total	2.552	2.103	2.302	2.134	-10%	-16%	-7%
GDF	1.314	1.048	1.035	798	-21%	-39%	-23%
FCDF	991	820	979	1.073	-1%	8%	10%
MS	245	234	287	215	17%	-12%	-25%
Convênio	1	1	1	40	-15%	3351%	3976%
Emend. Parl.				8	n.a.	n.a.	n.a.
Total Exato FCDF	1.560	1.283	1.323	1.061	-15%	-32%	-20%

Fonte: Sala de Situação da SES-DF em <http://salasit.saude.df.gov.br/>

Nota: Os valores de 2015 e 2016 foram corrigidos para R\$ de 2017 por meio da variação média anual do IPCA/IBGE; o valor autorizado para 2018 está em R\$ correntes.

O valor previsto para 2018 é de R\$ 2.134 por habitante, 16% inferior ao valor executado em 2015. Dentre as fontes de financiamento, a única que cresceu entre 2015 e 2018 foi a do FCDF (8%). Excluindo-se a fonte FCDF, destinada exclusivamente ao pagamento de pessoal, e que financia cerca de metade da despesa com pessoal ativo, o valor total da despesa prevista para 2018 é 32% inferior ao valor por habitante empenhado em 2015.

Com relação às receitas de impostos e transferências constitucionais e legais, vinculadas à saúde à base de 12% das receitas estaduais e 15% das municipais, conforme EC 29/2000, eram de R\$ 12,0 bilhões em 2013 e chegaram a R\$ 15,8 bilhões em 2017, mas seu valor real, descontando a inflação, aumentou apenas 0,9% (Tabela 4), insuficiente para acompanhar o crescimento populacional de 8,9% no período.

Tabela 4 - Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais do DF, 2013 a 2017: em R\$ de 2017

Receitas	2013	2014	2015	2016	2017	Variação 2013-2017	Variação 2014-2017
Receita Total (I + II)	15.629	16.545	15.843	15.872	15.768	0,9%	-4,7%
Impostos (I)	14.841	15.734	15.063	15.054	15.005	1,1%	-4,6%
IPVA	781	854	880	950	993	27,2%	16,2%
IRRF	2.823	3.203	3.220	2.957	2.791	-1,2%	-12,9%
ITCMD	200	109	150	113	139	-30,5%	27,1%
ICMS	7.808	8.021	7.291	7.630	7.558	-3,2%	-5,8%
Impostos, Multas, Jur. Mora e Div. Ativa	3.229	3.546	3.522	3.405	3.525	9,2%	-0,6%
Transferências da União (II)	788	811	781	817	763	-3,2%	-5,8%
Cota - Parte FPE	600	615	593	620	574	-4,3%	-6,6%
Cota - Parte IPI - Exportação	7	10	8	7	9	16,5%	-12,4%
Lei Comp. Nº 87/96 - Lei Kandir	21	19	18	16	16	-23,3%	-18,5%
Outras Transf. União - FPM e ITR	160	167	162	173	165	2,8%	-1,1%

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Nota: Os valores foram corrigidos para R\$ de 2017 por meio da variação média anual do IPCA/IBGE.

O cenário com relação ao orçamento disponível para a área da saúde mostra redução das receitas próprias do GDF destinadas à saúde nos últimos anos. Apesar de possuir a maior disponibilidade de receitas por habitante do país dentre todas as unidades da Federação, o DF teve redução importante da receita disponível para financiamento das despesas correntes da saúde, conforme demonstrado na Tabela 3, que mostra a despesa por fonte.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998. Autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - (Ride) e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, e dá outras providências. 1998.

CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Atlas do DF. 2017. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Atlas-do-Distrito-Federal-2017.pdf>

CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal (PDADDF). 2015. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-Distrito-Federal-1.pdf>.

FNS. Fundo Nacional de Saúde. <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada/0/detalhar>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil/panorama>.

MS. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). 2018.

MS. Ministério da Saúde. Cobertura da Atenção Básica. 2018. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

PNAB. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>

SES/DF. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no DF. 2017. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/PLANO_ENFRENTAMENTO_DCNT_DF_2017_2022.pdf

SES/DF. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Sala de Situação. 2018. Disponível em: <http://salasit.saude.df.gov.br/sim/#>.

PROPOSTAS

Modelo de atenção à saúde

1. Fortalecer a rede do SUS nos três níveis de atenção;
2. Fortalecer a rede de atenção à saúde com foco na reestruturação da Atenção Básica mediante a implantação do modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF), garantindo a atenção integral e intersetorial, com prevenção de agravos e doenças, promoção da saúde e fortalecimento da organização da comunidade, em contraposição ao modelo atual de atenção médico-hospitalocêntrico e em substituição às Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, que não contam com equipes estruturadas e referenciadas em territórios;
3. Ampliar a cobertura de Estratégia Saúde da Família em cada uma das regiões administrativas, garantindo recursos materiais, humanos e financeiros, a fim de que seja proporcionado e garantido o devido atendimento aos usuários;
4. Estabelecer um pacto envolvendo gestão, comunidade e profissionais de forma que seja propiciado o devido suporte, transparência e participação no processo de mudança do modelo de atenção;
5. Ampliar o horário de funcionamento das UBS, conforme previsto no art. 4º, §3º, para abranger também o período noturno e os finais de semana, para garantir a ampliação do acesso;
6. Delinear o mecanismo de garantia de acesso aos serviços de saúde às famílias não territorializadas, de forma a assegurar atendimento regionalizado para moradores de acampamentos, assentamentos e ocupações nas regionais de saúde correspondentes à sua localização, além de fortalecer estratégias que garantam o devido atendimento à população rural;
7. Garantir que o recurso destinado à atenção básica não seja desviado para os serviços de média e alta complexidade, mesmo com a mudança da gestão financeira dos recursos definida pela Portaria 3.992 de 28/12/2017, que unificou o repasse financeiro dos recursos de custeio mas não alterou a destinação dos recursos orçamentários, organizados anteriormente em blocos de financiamento, e que devem refletir a vinculação definida em cada plano de trabalho do Orçamento Geral da União, que classifica a despesa por subfunção, conforme a Portaria MPOG nº 42 de 1999;
8. Garantir a contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em quantidade suficiente e distribuídos em todo o território do DF, pois são fundamentais para a consolidação da ESF;
9. Implantar os Núcleos Apoio de Saúde da Família (Nasf), garantindo apoio matricial a todas as equipes de Saúde da Família do DF;
10. Ampliar o acesso da população em situação de rua às ações de saúde, integrando-os à assistência social, fortalecendo e qualificando as equipes de Consultório na Rua e dos demais serviços da rede, de modo a promover cuidado integral;
11. Implantar centros de referência regionais para atendimento especializado e de apoio diagnóstico para retaguarda às equipes de Saúde da Família;

12. Ampliar a oferta de apoio diagnóstico e exames na atenção básica (radiografia, eletrocardiograma e ultrassonografia);
13. Fortalecer o processo de informatização dos serviços de saúde, garantindo a integração entre os sistemas a fim de possibilitar o acesso às informações de saúde dos usuários (consultas, exames, vacinas, medicamentos, encaminhamentos) pelos profissionais dos diferentes pontos da rede, garantindo o sigilo das informações;
14. Democratizar, por meio da regionalização, a disponibilização das prática integrativas em saúde (PIS);
15. Ampliação das hortas comunitárias nas UBSs, como alternativa terapêutica, com locais de preparo e manipulação das ervas e fitomedicamentos;
16. Fortalecer a Política de educação popular em saúde para que a comunidade se aproprie dos serviços e se torne promotora de saúde;
17. Reorganizar a oferta de leitos de hospitalares do SUS de acordo com as necessidades da população e respeitando critérios de regionalização, reativando leitos na rede própria do SUS, fortalecendo-a para minimizar a contratação de leitos na rede privada;
18. Consolidar a integração do Hospital Universitário de Brasília (HUB/UnB) como hospital integrante da rede de atenção do DF, com a estruturação de todas as linhas de cuidado;
19. Estruturar a Rede de Atenção Psicossocial, fortalecendo os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e implantando os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), de modo a promover atenção em saúde mental humanizada, na lógica da desinstitucionalização e não manicomial;
20. Criar centros de referência para a pessoa idosa;
21. Fortalecer a rede de assistência às mulheres vítimas de violência;
22. Reestruturar o atendimento oncológico e garantir o cumprimento da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012;
23. Fortalecer processos de pactuação mais claros e efetivos entre o DF e os municípios da Rede Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE), para a garantia do atendimento à população de acordo com suas necessidades;
24. Conferir transparência ao monitoramento da qualidade da água, devido à contaminação por agrotóxicos e outros produtos químicos e garantir o saneamento básico rural, com abastecimento de água potável, cisternas, rede de esgotos e coleta de resíduos;
25. Implementar a política de fornecimento de alimentos orgânicos da agricultura familiar em todo DF (alimento sem veneno é saúde para quem produz e para quem consome);
26. Garantir a integração e a universalização das políticas sociais a fim de promover a saúde da população nos diferentes âmbitos, tais como habitação digna, educação em todos os níveis, transporte público, segurança comunitária.

Gestão e participação social

1. Fortalecimento da gestão pública no SUS com financiamento adequado;

2. Gerar, disponibilizar e manter atualizadas informações mais qualificadas e fidedignas da situação de saúde e da oferta e disponibilidade de serviços, com estratégias efetivas de comunicação com usuárias(os) e profissionais de saúde;
3. Ampliar a comunicação com as usuárias e usuários sobre as mudanças na organização do sistema de saúde e novas políticas, para que a população saiba a que serviço se direcionar em cada situação;
4. Dar visibilidade aos êxitos e avanços do SUS.
5. Implementar, de forma imediata, mecanismos que garantam qualidade das informações fornecidas por meio da Lei de Acesso à Informação e ampliar e aperfeiçoar ferramentas para melhoria da transparência e da visibilidade da gestão e da aplicação de recursos da saúde, como o Portal da Transparência do GDF e a Sala de Situação da SES/DF (esta última recém lançada, em 03/07/2018);
6. Rejeitar qualquer proposta de privatização e terceirização da gestão e da atenção à saúde no DF como: OSS, OSCIPS e Fundações de Direito Privado, investindo na ampliação e no fortalecimento da Rede SUS;
7. Fortalecer as ações de planejamento, execução, monitoramento e avaliação contínua, para melhorar a gestão pública;
8. Desenvolver tecnologias para a transparência e o acompanhamento da regulação pela população usuária dos serviços com disponibilização de informações sobre a demanda e a posição nas filas;
9. Instituir mecanismos para o efetivo cumprimento da legislação, como a realização de auditorias internas e externas com a participação de conselhos de saúde e profissionais do serviço;
10. Efetivamente descentralizar, democratizar e regionalizar a gestão da atenção e do financiamento à saúde no SUS-DF, mediante participação e controle social e instituindo o orçamento participativo;
11. Fortalecer a diversidade, a renovação, a capilarização e a amplitude da representação por segmentos na composição e representação nos conselhos de saúde do DF (CSDF);
12. Estabelecer mecanismos para a avaliação permanente do sistema e dos serviços de saúde pelas(os) usuárias(os), trabalhadoras(es) e gestoras(es), visando construir soluções mais satisfatórias às necessidades da população;
13. Fortalecer a articulação interfederativa, de modo a potencializar as pactuações na RIDE, articulando gestores municipais e gestores locais do DF;
14. Qualificar a gestão: designar gestores por meio de eleições com participação tripartite (trabalhadores, gestores e comunidade), exigindo qualificação e experiência compatível das(os) candidatas(os).
15. Implantar os conselhos locais de saúde em cada unidade de saúde de todas as regiões e estruturar os conselhos regionais e distrital, preparando tecnicamente os conselheiros para análise de políticas e dados; e garantir que os conselhos de saúde tenham espaço de fala/voz nos órgãos de controle externo, como o Tribunal de Contas;
16. Garantir maior apoio do Conselho Distrital aos Conselhos Regionais de Saúde;
17. Revisitar anualmente as pautas das Conferências de Saúde e inserir suas definições na programação anual de saúde e na lei orçamentária anual, para garantir sua execução;
18. Constituir e apoiar fóruns de diálogo comunitário permanente em saúde.

Gestão do trabalho e educação em saúde

1. Reorientar a formação das trabalhadoras e trabalhadores da saúde, especialmente para modificar o foco do “especialismo” para o de profissionais generalistas, com base na responsabilidade territorial, possibilitando a resolução da maior parte dos problemas de saúde na AB;
2. Favorecer o diálogo e a aproximação entre os profissionais de saúde e a gestão, para que as mudanças sejam efetivas;
3. Cuidar dos cuidadores/trabalhadores da saúde do sistema, que também enfrentam dificuldades de acesso aos serviços;
4. Trazer a educação popular no âmbito da educação permanente, de modo a valorizar experiências coletivas e com dimensão do afeto e humanização (o fator libertador do fazer saúde);
5. Estruturar rede de instituições formadoras em saúde no DF;
6. Estimular a formação em serviço, ampliando e qualificando as ofertas de estágios de graduação e residências em saúde;
7. Construir um programa de educação permanente que contemple, de forma descentralizada, serviço de saúde, trabalhador e comunidade, de forma a considerar o território e implementar a Política de Educação Permanente para o SUS;
8. Fortalecer os Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) e a participação social e dos trabalhadores desde a construção dos planos de educação permanente, bem como das metodologias e desenhos de capacitações, de forma que as ofertas sejam coerentes com as necessidades dos sujeitos envolvidos;
9. Criar mecanismos para execução dos cursos/capacitações por meio dos recursos disponíveis;
10. Integrar os diferentes níveis de formação (nível técnico, superior e educação popular);
11. Empoderar os sujeitos com relação às políticas de educação em saúde;
12. Implantar de forma efetiva e adequada a Política de Saúde do Trabalhador;
13. Consolidar a política de humanização nos processos de saúde do trabalhador e fortalecer a equipe de humanização da SES-DF.