

A Regionalização da Gestão da Saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro



Foto: Toninho Leite

Leila Gottens

Dada a singularidade de Cidade-Estado, a Regionalização em Saúde do DF enfrenta, entre outras, as dificuldades de envolvimento dos atores de todas as esferas de atenção e de gestão. Para o alcance da integralidade do cuidado, é preciso superar a situação de isolamento organizacional das unidades de saúde.

Introdução

Os objetivos deste artigo são apresentar os fundamentos da proposta de regionalização da saúde do DF, descrever etapas já cumpridas desse processo de regionalização/ descentralização/territorialização e apontar os novos desafios.

Desde que a Constituição Federal estabeleceu as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, vêm sendo instituídas normas e programas com a finalidade de organizar Redes de Atenção à Saúde - RAS, portas de entrada e serviços de referência, com vistas a ampliar o acesso e a utilização dos serviços disponíveis com eficiência progressiva (SILVA; GOTTEMS, 2016; TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007). Decorridos mais de 20 anos, foi publicado o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8080/1990, reforçando que o acesso universal, igualitário e ordenado aos serviços de saúde se inicia pela Atenção Primária à Saúde -APS e outras portas de entrada e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a densidade tecnológica dos serviços (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007; CUNHA, 2015). Avança-se com diretrizes para a organização de sistemas integrados capazes de promover a integralidade da atenção à saúde da população e de tornar custo/efetivo os gastos crescentes dos sistemas de saúde.

As RAS são concebidas como a articulação entre os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes serviços estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e a promoção da saúde da comunidade (SILVA, 2013, p. 81). Com essa concepção, busca-se estabelecer processos de compartilhamento de objetivos, recursos, riscos e valores entre os atores em um determinado território, para garantir percursos assistenciais seguros à população, conforme as suas diferentes necessidades de saúde ao longo da vida (MAGALHÃES JR, 2015). Essas diretrizes visam superar a concepção fragmentada e atomizada de níveis de atenção no SUS que, por anos, vem sendo adotada na formulação, planejamento, gestão e no financiamento da saúde. Ao mesmo tempo, reforça-se a relevância da organização dos territórios para conformar Regiões de Saúde, assim como a relevância da atenção básica como articuladora principal do sistema de saúde.

O retorno ao território ocupado, no dizer de Milton Santos, o geógrafo das cidades e da cidadania, se dá por força da história, transfixa administrações ao longo do tempo, resistindo a maioria das vezes, mas contribuindo com iniciativas em prol da *res publica* e do bem-estar

social (SANTOS, 2009). Nesse percurso, os habitantes e trabalhadores da saúde, desterritorializados de outras origens, vão se reconhecendo e interagindo de modo a constituir uma nova territorialidade e assim conformar sua identidade individual e coletiva, protagonistas da sua própria reterritorialização. Territorialidade transcende a simples relação homem-território e a demarcação de parcelas individuais de espaço e incorpora a relação social entre os homens. Dessa forma, a territorialidade seria “um conjunto de relações que se originam em um sistema tridimensional sociedade-espaço-tempo em vias de atingir a maior autonomia possível, compatível com os recursos do sistema” (RAFFESTIN, 1993). O reconhecimento da dinâmica social, dos hábitos e costumes é de grande importância para a determinação de vulnerabilidades, originadas nas interações de grupos sociais em determinados espaços geográficos (MONKEN, 2005).

No planejamento e na gestão em saúde, a delimitação das Regiões de Saúde requer a aplicação de parâmetros que considerem os espaços territoriais bem definidos e gerenciáveis, onde as necessidades de saúde possam ser regularmente identificadas e os serviços racionalmente planejados e monitorados (MENDES, 2010). O reconhecimento do território deve permitir identificação dos fatores que determinam a saúde e a doença e assim proporcionar o estabelecimento de relações de cooperação intersetorial, seja no sentido de reforçar ações promotoras de bem-estar, evitar a geração do mal-estar ou mitigar os efeitos de ações inevitáveis mediante parcerias com usuários, familiares e comunidades, até a sociedade em geral. O território é, assim, um espaço singularizado, com limites que podem ser político-administrativos ou de ação de um determinado grupo de atores sociais. Entretanto, deve ser caracterizado por certa homogeneidade, identidade histórica e cultural, que favoreça a ação dos poderes de atuação tanto do Estado, como de seus cidadãos (GODIM *et al.*, 2008).

O território é, assim, um espaço singularizado, com limites que podem ser político-administrativos ou de ação de um determinado grupo de atores sociais. Entretanto, deve ser caracterizado por certa homogeneidade, identidade histórica e cultural, que favoreça a ação dos poderes de atuação tanto do Estado, como de seus cidadãos.

O DF, como única Unidade da Federação que reúne as funções de Estado e Município, tem seguido uma trajetória na contramão dos princípios do SUS, com uma população de 2,9 milhões de habitantes e 31 Regiões Administrativas que não seguem a lógica sanitária adotada no País. Cita-se que o arcabouço legal e infralegal nacional que define diretrizes para a regionalização/descentralização, não contempla plenamente as particularidades político-administrativas do Distrito Federal, vez que no artigo 205 da Lei Orgânica do DF prevê-se a descentralização administrativa das ações e serviços públicos de saúde para as Regiões Administrativas.

Com efeito, a SES-DF, após desativar a Fundação Hospitalar e assumir todas as suas funções, veio mantendo a centralização dos processos de sustentação e de apoio às áreas finalísticas na Administração Central, a referida ADMC, até 2015. Com vistas ao enfrentamento dessa realidade organizacional, tão inadequada aos objetivos da política pública de saúde, foram implementadas mudanças em etapas sequenciais ancoradas em dispositivos da administração pública - modelagem de processos e gestão por competências, regionalização, contratualização de resultados e descentralização financeira -, de modo a agregar maior capacidade de coordenação assistencial e

racionalização de recursos em saúde.

Revisão da estrutura organizacional da SES-DF e das regiões de saúde

No início da atual gestão, a Administração Central da SES-DF se compunha de três subsecretarias finalísticas (de Atenção à Saúde, de Atenção Primária à Saúde e de Vigilância em Saúde), três subsecretarias de apoio e suporte (Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle; Administração Geral; Logística e Infraestrutura) complementadas ainda pelas subsecretarias de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a de Apoio à Gestão Participativa. Essas duas últimas foram inspiradas na experiência inovadora do Ministério da Saúde.

O território, onde se localizavam as unidades de saúde, estava dividido em 15 Coordenadores Regionais de Saúde, os quais geriam territórios e redes de serviços diferenciados e desiguais entre si.

As Regiões de Saúde eram formadas por duas ou mais Coordenações Gerais de Saúde (CGS), as quais contemplavam uma ou mais Regiões Administrativas. Havia, portanto, três camadas sobrepostas de regionalização, o que agravava a fragmentação dos processos de gestão, dificultava a articulação entre serviços e atores na organização da atenção, aumentava os custos gerenciais com remuneração de cargos e funções, combinando com uma intensa desigualdade na disponibilidade de recursos de saúde nesses territórios.

Após análises, as sete Regiões de Saúde foram adotadas como as mais apropriadas unidades de gestão do sistema de saúde do Distrito Federal (Quadro 1). Consideraram-se as bases geográficas e populacionais, as estruturas de serviços e de gestão e as singularidades regionais para a criação de Superintendências de Saúde. Os hospitais especializados passaram a ter denominação de Unidades de Referência Distrital - URD, para as quais também foram desenhadas estruturas organizacionais adaptadas às suas características singulares.

Adotou-se a base conceitual e metodológica da modelagem de processos e gestão por competências que subsidiou o mapeamento dos macroprocessos finalísticos, gerenciais e de sustentação da atenção à saúde. A partir daí foram definidas as estruturas organizacionais com cargos, funções e competências, consolidados no organograma e no regimento interno das Superintendências. Os instrumentos clássicos de planejamento, como o Plano Plurianual - PPA, o Plano Distrital de Saúde - PDS e a Programação Anual de Saúde - PAS, seguiram a regionalização como âncora, definindo resultados para os níveis macro e meso de gestão, na forma de programas, objetivos, indicadores e metas.

A modelagem organizacional da Administração Central e das Regiões de Saúde foi consolidada com a publicação dos Decretos nº 36.918, de 26 de novembro de 2015, e nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016. Ambos os decretos dispõem sobre a estrutura administrativa da SES-DF. A revisão da estrutura organizacional da ADMC produziu uma redução no número de subsecretarias finalísticas, de três para duas. As áreas de apoio e sustentação foram mantidas em cinco subsecretarias, com a extinção da Subsecretaria de Gestão Participativa e desmembramento da Subsecretaria de Infraestrutura e Logística em Saúde em duas.

Quadro 1 - Regiões de Saúde, denominação das RAs, SES-DF.

| Regiões de Saúde | Regiões Administrativas (RA) | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| Região Centro-Sul | Brasília (Asa Sul) (RA I) | Candangolândia (RA XIX) |
| | Lago Sul (RA XVI) | Núcleo Bandeirante (RA VIII) |
| | Riacho Fundo I (RA XVII) | Guará (RA X) |
| | Riacho Fundo II (RA XXI) | SAI (RA XXIX) |
| | Park Way (RA XXIV) | SCIA (Estrutural) (RA XXV) |
| Região Centro-Norte | Brasília (Asa Norte) (RA I) | Sudoeste/Octogonal (RA XXII) |
| | Lago Norte (RA XVIII) | Varjão (RA XXIII) |
| | Cruzeiro (RA XI) | |
| Região Oeste | Ceilândia (RA IX) | Brazlândia (RA IV) |
| Região Sudoeste | Taguatinga (RA III) | Samambaia (RA XII) |
| | Águas Claras (RA XX) | Recanto das Emas (RA XV) |
| | Vicente Pires (RA XXX) | |
| Região Norte | Sobradinho I (RA V) | Fercal (RA XXXI) |
| | Sobradinho II (RA XXVI) | Planaltina (RA VI) |
| Região Leste | Paranoá (RA VII) | Itapoã (RA XXVIII) |
| | Jardim Botânico (RA XXVII) | São Sebastião (RA XIV) |
| Região Sul | Gama (RA II) | Santa Maria (RA XIII) |

Fonte: Decreto nº 37.515 de 2016

Nas Regiões de Saúde, para cada Superintendência, foram criadas estruturas administrativas enxutas, com capacidade de gerir os processos de gestão da assistência e alguns de suporte, tais como o planejamento, as aquisições e contratações regionais. Todavia, propiciou-se maior coordenação assistencial com a possibilidade de intercâmbio de recursos humanos, materiais e físicos (equipamentos e instalações) entre unidades de saúde da mesma região.

O projeto de gestão regionalizada

Por meio do Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016, instituiu-se o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. Nesse documento, definiram-se cinco eixos da gestão regionalizada: Gestão do Sistema de Saúde Loco-regional; da Atenção à Saúde; Financeiro-Orçamentária; da Infraestrutura dos Serviços; da Educação, Comunicação e Informação em Saúde. Definiu-se também a implantação gradativa e o estabelecimento de Acordos de Gestão Regional - AGR entre a ADMC, as Superintendências das Regiões e as URD, com objetivos e metas a serem alcançadas.

Durante o ano de 2016 foi elaborada uma matriz de objetivos, indicadores, metas e linha de base, de forma a consolidar os compromissos a serem assumidos por meio dos AGR. Outros documentos também compõem o AGR: relação dos pontos de atenção à saúde; das ações e serviços de cada ponto de atenção; de serviços habilitados; faturamento anual; custo total por unidade; matriz de responsabilidade e metodologia de monitoramento e avaliação.

O curso de gestão regionalizada

A partir de janeiro de 2016, com a nomeação dos novos gestores para as Superintendências e URD, teve início o curso de Gestão Regionalizada, coordenado pela Escola de Aperfeiçoamento do SUS - EAPSUS, mantida pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS. Também se iniciaram

as atividades de elaboração do Regimento Interno da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Os objetivos do processo de formação foram capacitar gestores para o desenvolvimento das ações de planejamento, monitoramento e avaliação nas Regiões e URD; desenvolver de forma compartilhada os instrumentos da Contratualização de Resultados e da organização das Redes de Atenção à Saúde. O curso foi oferecido para aproximadamente 240 pessoas, que atuavam na função de diretores das unidades de referência distrital, hospitais gerais, superintendentes,

gerentes, diretores de atenção primária, entre outros. As atividades do curso foram realizadas em 6 módulos com objetivos teórico-práticos: 1) Regimento Interno com o objetivo de dar início à construção conjunta de processos e competências; 2) Conhecendo a Região de Saúde, com o objetivo de levantamento da capacidade instalada e relação de serviços das Regiões e URD; 3) Os desafios do acesso à saúde, com o objetivo de problematizar as dificuldades de acesso do usuário e propor novos fluxos tendo a APS como ordenadora; 4) Gestão de pessoas - discutir a reorganização de pessoal e as ações de educação permanente; 5) Gestão de infraestrutura, logística - problematizar os desafios dos macroprocessos de aquisições, contratações, manutenções; 6) Gestão financeiro-orçamentária - discutir a complexidade do orçamento do DF e da execução orçamentária e financeira.

A regionalização ainda está se processando e os próximos passos previstos são: a) Assinatura dos Acordos de Gestão Regionalizada, Acordos Internos das unidades de saúde complexas, em especial os hospitais; b) Aperfeiçoar o mecanismo de descentralização financeira realizada por meio do Programa de Descentralização Progressiva da Saúde - PDPAS, no sentido de regulamentar as aquisições nas Superintendências e revisar o modelo de alocação de recursos para Regiões e URD; e c) Aperfeiçoar o processo de monitoramento e avaliação do desempenho das Regiões de Saúde após os acordos de gestão.

Nas Regiões de Saúde, para cada Superintendência, foram criadas estruturas administrativas enxutas, com capacidade de gerir os processos de gestão da assistência e alguns de suporte, tais como o planejamento, as aquisições e contratações regionais.



Tais medidas são importantes para construir resposta à pergunta do título deste artigo: o caminho adotado é para a “ponta” virar centro? Historicamente a descentralização da gestão no Brasil tem sido sinônimo da ponta virar centro. Todavia, o discurso político é bem fundamentado, mas a prática econômica é no sentido de diminuir as responsabilidades orçamentárias do centro (União) e aumentá-las na ponta (Estados e Municípios). Esse debate é mundial e atual e é fator de insucesso nos países europeus quando representou restrições no financiamento para a “ponta” (COSTA-FONT; GREER, 2012, p. 35). No Brasil também se verifica este fenômeno na medida em que desde a Emenda Constitucional 29/2000, a disponibilidade de recursos federais para a saúde diminuiu quanto mais se reforçaram os processos de descentralização para os municípios, os quais tem aumentado progressivamente o aporte de recursos próprios (PIOLA e NUNES, 2016). Nesta perspectiva, na regionalização/descentralização/territorialização no DF é fundamental aprofundar as questões relativas ao financiamento das Regiões de Saúde, à descentralização dos recursos e estruturas locais capazes de executá-lo, na medida que aqui não estamos nos referindo a municípios com arrecadação própria.

1 Ponta é um termo usado coloquialmente pelos atores contumazes da área de saúde para se referir a tudo que não está no centro, em especial os serviços de saúde.

Conclusões

Na modelagem da Regionalização em Saúde do DF, dada a sua singularidade de Cidade-Estado, desvelam-se as dificuldades do envolvimento dos atores de todas as esferas de atenção e de gestão. Mostra-se também a necessidade de superação do isolamento organizacional das unidades de saúde, em favor do alcance da integralidade do cuidado, da mudança da cultura autocentrada das organizações de saúde e da remodelagem dos processos de trabalho para lograr a melhoria de indicadores.

Entre as recomendações citam-se: reforçar a arquitetura de governança e adotar incentivos econômicos aos gestores regionais, não apenas pecuniários; implementar a contratualização regional acompanhada da descentralização orçamentário-financeira; rever as estruturas e processos de aquisição e contratação local e do planejamento ascendente para construir, gradativamente o compartilhamento de responsabilidades e de riscos, como prevê o SUS, próprios de um modelo de gestão colaborativa.

Recomenda-se também preservar os processos históricos de criação dos territórios no DF, os vínculos e as identidades dos profissionais e usuários construídos ao longo do tempo. Isto pode contribuir para identificar as vias de recuperação ou de inovação das práticas de atenção à saúde em todas as Regiões. ■

Referências bibliográficas

- BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 11 jul. 2017.
- BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; Centro Gráfico; 1988.
- COSTA-FONT, Joan; GREER, Scott L. *Federalism and decentralization in European health and social care*. London: Palgrave; Macmillan, 2012.
- CUNHA, Emanuelle; SOUZA, Mariluce. A gestão em saúde no contexto da regionalização: caracterização e mapeamento da produção científica. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 6, n. 1, p. 514-532, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/13751>>. Acesso em: 11 jul. 2017.
- DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 37.515, DE 26 de julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/05990c188e6a-4778860953ca699e356e/Decreto_37515_26_07_2016.html
- GOTTEMS, Leila B.D. *et al.* Contratualização regionalizada de serviços públicos de saúde no Distrito Federal: relato de experiência. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 7, n. 1, p. 282-308, dez. 2015.
- MAGALHÃES JÚNIOR, Helvecio M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulgação em Saúde para Debate*, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014.
- MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.
- PIOLA, Sérgio F.; FRANCA, José R.M.; NUNES, André. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 21, n. 2, p. 411-422, 2016
- RAFFESTIN, Claude. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Ática. 1993.
- SANTOS, Carlos. Território e territorialidade. *Revista Zona de Impacto*, v. 13, ano 11, set.-dez. 2009.
- SANTOS, Milton. O retorno do território. *Observatório Social de América Latina*, Buenos Aires, CLACSO, año 6, n. 16, jun. 2005.
- SILVA, Anna K.V; GOTTEMS, Leila B.D. *Análise do acesso das gestantes residentes na RIDE-DF às maternidades públicas do DF*. Texto para Discussão, n. 11, mar. 2016. Brasília: Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2016. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/TD/TD_11_Analise_do_Acesso_das_Gestantes_Residentes_na_Ride-DF_as_Maternidades%20Publicas_do_DF_2015.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2017.
- TREVISAN, Leonardo N.; JUNQUEIRA, Luciano A.P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

Autores

- (1) *Leila Bernarda Donato Gottens*
Enfermeira. Doutorado em Administração (UnB). ESCS/FEPECS e UCB.
- (2) *Armando Martinho Bardou Raggio*
Médico. Doutor em Saúde Pública (ENSP). ENSP/FIOCRUZ - Brasília
- (3) *Adriano de Oliveira*
Enfermeiro. SES-DF
- (4) *Mabelle Varonília Roque*
Administradora. SES-DF
- (5) *Roberto José Bittencourt*. Médico
Doutor em Saúde Pública (ENSP). ESCS/FEPECS e UCB