

Danylo Santos Silva Vilaça

**REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE
1990 a 2018: UM ESTUDO DE CASO**

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Maria Ferreira Guimarães

Distrito Federal, 2019

Danylo Santos Silva Vilaça

**REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE
1990 a 2018: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação de Mestrado Acadêmico, *Stricto Sensu*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde, linha de pesquisa: Saúde, Funcionalidade, Ocupação e Cuidado, temática: Políticas e Serviços de Saúde. Orientado pela Profa. Dra. Silvia Maria Ferreira Guimarães.

Distrito Federal, 2019

Ficha catalográfica elaborada automaticamente, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Sr Santos Silva Vilaça, Danylo
REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL, NO PERÍODO DE 1990 A 2018: UM ESTUDO DE CASO / Danylo Santos Silva Vilaça; orientador Silvia Maria Ferreira Guimarães. -- Brasília, 2019.
129 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde) -- Universidade de Brasília, 2019.

1. Regionalização. 2. Descentralização. 3. Organização e Administração. 4. Políticas de Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Maria Ferreira Guimarães, Silvia, orient. II. Título.

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 1990 a 2018: UM ESTUDO DE CASO

Dissertação de Mestrado Acadêmico apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, da Universidade de Brasília, para obtenção do título de Mestre.

19 de março de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Silvia Maria Ferreira Guimarães – Presidente

Departamento de Antropologia – Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília.

Profa. Dra. Erica Quinaglia Silva – Membro Interno

Docente do PPGCTS – Membro Titular
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

Prof. Dra. Patrícia Maria Fonseca Escalda – Membro Externo

Profa. Associada do Colegiado de Saúde Coletiva
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

Prof. Dra. Clélia Maria Ferreira Parreira – Membro Suplente

Profa. Adjunta do Colegiado de Saúde Coletiva
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Dedico este estudo aos que assim como eu estimam a Saúde Coletiva e, por conseguinte o Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Ainda que se trate de item normativamente facultativo a ser inserido em trabalhos acadêmicos, a dedicatória é compreendida por mim como obrigatória. Buscarei descrever nos próximos parágrafos o que para mim significa agradecer, como agradecer e para quem agradecer, seguindo à risca este raciocínio.

Esse estudo trouxe-me felicidades desde que se tratava de uma ideia embrionária, um momento de eureka, uma ciência não redigida. É fruto de pensamentos inquietantes dos quais todos pesquisadores já passaram um dia. Agradecer significa compreender como importante algo que muitos entendem como opcional. Como tornar opcional o que para mim é de extrema relevância? Significa reconhecer que precisamos uns dos outros. Este trabalho, ainda que possua o meu protagonismo, possui muitas mentes e mãos coadjuvantes e a elas, eu o dedico.

Seguindo o raciocínio proposto, partirei ao como agradecer. Operacionalizar o agradecimento é tarefa fácil para alguns, árdua para outros. Digamos que seja parte da personalidade das pessoas. Algumas agradecem cotidianamente. Nos momentos mais corriqueiros e oportunos possíveis. Outras compreendem que se trata de algo tão relevante que usar deste artifício frequentemente, seria banalizá-lo. Posturas certas ou erradas inexistem quando o assunto é gratidão. Consigo, neste momento, citar um único consenso sobre o assunto: agradecer é reconhecer. E reconhecer é uma virtude.

Então como agradecer? Pode-se, assim como fiz, candidatar-se à pós-graduação, elaborar uma dissertação de mestrado e fazer um registro atemporal de agradecimento. Ou pode dizer verbalmente: “eu te agradeço, a quem deseja agradecer”. À guisa de conclusão, entramos no item final do raciocínio elencado.

Para quem agradecer? Por se tratar de produto acadêmico, nada mais lúcido e respeitoso do que agradecer aos professores e professoras que me conduziram e orientaram até aqui, em especial a Profa. Dra. *Patrícia Escalda*, Profa. Dra. *Silvia Guimarães*, Profa. Dra. *Clélia Parreira*, Profa. Dra. *Mariana Sodário* e Profa. Dra. *Érica Quinaglia Silva*, docentes e pesquisadoras que me orientaram, criticaram e aprimoraram as minhas inquietações na busca por respostas científicas de qualidade. Obrigado por prestarem de suas experiências e intelectualidades para a consecução e aprimoramento deste estudo.

Agradeço a parceria com a geógrafa *Karina Matos*, que não mediu esforços para juntos elaborarmos relevantes resultados desse estudo. Agradeço aos meus familiares, em especial ao meu quarteto de irmãos e ao meu melhor amigo e namorado *Lucas Bucar* pela compreensão e necessários sacrifícios e ausências em âmbito social para conclusão desta dissertação. Reafirmo os agradecimentos aos colegas dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília e aproveito para incluir novas amizades da pós-graduação, *Ruth Sacco* (companheira incansável e fonte de inspiração da sala de pós-graduação), *Amanda Menezes* (melhor companheira de congresso), *Gabriel Lustosa* e *Karine Wlasenko* (pelas valorosas contribuições acadêmicas e incentivo).

Agradeço às pessoas que felizmente conheci e convivi na participação social em saúde do Distrito Federal, especialmente à *Lourdes Danezy Piantino*, *Andressa Oliveira*, *Dona Josete*, *Vera Lúcia Bezerra (Verinha)* e *Aninha*, *Jeovânia Rodrigues*, *Fátima Rolla*, *Danielle Cavalcante*, *Giselle de Fátima Silva*, *Humberto Fonseca*, *Daniel Seabra*, *Marcus Quito*, *Alexandra Miranda Moura*, *Paulo Sellera*, *Bruno Guedes*, *Tiago Neiva*, *Raimundo Nonato*, *Domingos Brito*, *Yunara Venturelli* e *Igor Dantas*. Também agradeço aos superintendentes que prontamente me receberam e colaboraram para a realização deste estudo.

Agradeço à pesquisadora *Leila Gottens*, que até o momento de escrita dessa dissertação ainda não tive oportunidade de conhecer pessoalmente, mas que serviu de grande referência para me situar teoricamente e interpretativamente e junto dela, duas outras grandes e motivantes pesquisadoras, *Lenir Santos* e *Ana Luíza D'Ávila Viana*.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), bem como ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde (PPGCTS) por possibilitarem a realização deste estudo. Por fim, agradeço aos que dispuseram de tempo e dados e aos que, assim como eu, dedicam-se à ciência e tecnologia brasileira. Agradeço à todas e todos sanitaristas, graduados e pós-graduados que paulatinamente colaboram para a organização do nosso sistema de saúde.

“Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”.
(Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988).

Vilaça DSS. **Regionalização da Saúde no Distrito Federal no período de 1990 a 2018: um estudo de caso.** [dissertação de mestrado]. Brasília, Distrito Federal: Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília – PPGCTS/FCE/UnB, 2019.

RESUMO: A República Federativa do Brasil divide-se em União, Estados, Municípios e Distrito Federal. Ao Distrito Federal é vedada constitucionalmente a divisão em municípios, dividindo-se em 31 Regiões Administrativas, que a partir de 2015 e dando sequência ao processo de regionalização da saúde, passam a integrar sete Regiões de Saúde. Objetivou-se analisar normativamente o processo de regionalização da saúde no Distrito Federal no período de 1990 a 2018, caracterizando as regiões de saúde segundo capacidade instalada de equipamentos públicos de saúde e descrevendo a regionalização da saúde no Distrito Federal no último ano. Tratou-se de um estudo qualitativo do tipo estudo de caso, com coleta de dados públicos, analisados mediante o uso das técnicas de análise de conteúdo, análise lexicográfica utilizando o *software Iramuteq*, geoprocessamento utilizando o *software Q-Gis* e Discurso do Sujeito Coletivo. A análise de normativas que orientaram o processo de regionalização da saúde no Distrito Federal resultou na apreciação de 48 documentos, de um total de 286 coletados. Destacaram-se três normativas e uma forte associação da regionalização da saúde com a regulação assistencial, por meio de Ordens de Serviços diversas, sobretudo no ano de 2005. A caracterização das Regiões de Saúde demonstrou uma ampla rede de serviços com potenciais de uso e acesso diversificados por níveis de atenção, com maior presença de nível de Atenção Primária à Saúde em algumas regiões e de Atenção Terciária em outras. Na perspectiva de distribuição de profissionais de saúde por nível de atenção, o estudo revelou que o nível de Atenção Ambulatorial Secundário é o mais incipiente nas Regiões de Saúde do Distrito Federal. O Discurso do Sujeito Coletivo evidenciou que a implantação da regionalização da saúde ocorreu tardiamente no Distrito Federal, cujos processos de descentralização encontram-se inconclusos ainda em 2018, em que as Regiões de Saúde dependem extremamente da Administração Central da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Houve consenso em situar o Acordo de Gestão Regional e os Conselhos de Saúde, como o principal instrumento norteador e a principal instância decisória do processo de regionalização da saúde, respectivamente. Considera-se que a regionalização da saúde nesse local ainda é muito incipiente e com normativas hierarquicamente frágeis, do que se poderia esperar de um ente que necessita manter diálogo somente com nível federal, tornando-se um paradoxo para a regionalização da saúde no Brasil.

Palavras-chave: Regionalização; Descentralização; Organização e Administração; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Vilaça DSS. **Analysis of the process of regionalization in health in the Federal District from 1990 to 2018: a Case Study** [Masters dissertation]. Brasília, Distrito Federal: Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília – PPGCTS/FCE/UnB, 2018.

ABSTRACT: The Federal Republic of Brazil becomes separated in Union, States, Municipal districts and Federal District. To Federal district it is banned the division constitutionally in municipal districts, becoming separated in 31 Administrative Areas, that starting from 2015 and giving sequence to the process of regionalization of the health, they start to integrate seven Areas of Health. It was aimed at to analyze normativamente the process of regionalization of the health in Federal district in the period from 1990 to 2018, characterizing the areas of health second installed capacity of public equipments of health and describing the regionalization of the health in Federal district in the last year. It was treated of a qualitative study of the type case study, with collection of public data, analyzed by the use of the techniques of content analysis, lexicographical analysis using the software Iramuteq, geoprocessamento using the software Q-Gis and Speech of the Collective Subject. The analysis of normative that guided the process of regionalization of the health in Federal district resulted in the appreciation of 48 documents, of a total of 286 collected. They stood out three normative and a strong association of the regionalization of the health with the regulation assistencial, through several Orders of Services, above all in the year of 2005. The characterization of the Areas of Health demonstrated a wide net of services with use potentials and access diversified by levels of attention, with larger presence of level of Primary Attention to the Health in some areas and of Tertiary Attention in other. In the perspective of professionals' of health distribution for level of attention, the study revealed that the level of Attention Secondary Ambulatorial is the most incipient in the Areas of Health of Federal district. In what he/she refers to Regional Council of Health, although the Organic act of Federal district determines that each one of the Areas Administrative implant these deliberative instances of SUS, he/she only found 17 regularized, registering still exalts multiplicity of Council in specific areas, such as the Região Centro-Sul and Southwest. The Collective Subject's Speech evidenced the implantation and late implementation of the regionalization of the health in the place, whose decentralization processes are unconcluded, whose decentralization processes are unconcluded, with extreme dependence of the Areas of Health of the Central Administration of the General office of Health condition of Federal District. There was consensus in placing the Agreement of Regional Administration and Council of Health, as the main I score norteador and the main instance decisória of the process of regionalization of the health, respectively. It is considered that the regionalization of health at this location is still very nascent and fragile, hierarchy rules, than one might expect from someone who needs to maintain dialogue only with federal level, becoming a paradox to the regionalization of health in Brazil.

Keywords: Regional Health Planning; Decentralization; Organization and Administration; Health Policy; Unified Health System.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Regionais de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, segundo Regiões Administrativas do Distrito Federal, 201439

Tabela 1 - Número absoluto e porcentagem de instrumentos normativos e decisórios sobre regionalização da saúde no Distrito Federal, coletados, incluídos e excluídos no período de 1990 a 2018 56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização das Regiões de Saúde Distrito Federal, Brasil, 2019	43
Figura 2 - Estatística descritiva textual das normativas sobre regionalização da saúde no Distrito Federal, no período de 2002 a 2017	57
Figura 3 - Plano Fatorial das normativas sobre regionalização da saúde no Distrito Federal, no período de 2002 a 2017	59
Figura 4 - Classificação Hierárquica Descendente do conteúdo dos instrumentos normativos e decisórios sobre regionalização da saúde no período de 2002 a 2017	60
Figura 5 - Nuvem de palavras dos instrumentos normativos e decisórios sobre regionalização da saúde no Distrito Federal, no período de 2002 a 2017	64
Figura 6 - Mapa de distribuição Espacial de Equipamentos e Conselhos de Saúde das Regiões de Saúde do Distrito Federal, 2018	66
Figura 7 - Mapa de distribuição espacial das Unidades e Conselhos de Saúde da Região de Saúde Oeste, Distrito Federal, 2018	68
Figura 8 - Mapa de distribuição espacial das Unidades e Conselhos de Saúde da Região de Saúde Leste, Distrito Federal, 2018	69
Figura 9 - Mapa de distribuição espacial das Unidades e Conselhos de Saúde da Região de Saúde Norte, Distrito Federal, 2018	70
Figura 10 - Mapa de distribuição espacial das Unidades e Conselhos de Saúde da Região de Saúde Centro-Sul, Distrito Federal, 2018	71
Figura 11 - Mapa de distribuição espacial das Unidades e Conselhos de Saúde da Região de Saúde Central, Distrito Federal, 2018	72

Figura 12 - Mapa de distribuição espacial das Unidades e Conselhos de Saúde da Região de Saúde Sul, Distrito Federal, 2018	73
Figura 13 - Mapa de distribuição espacial das Unidades e Conselhos de Saúde da Região de Saúde Sudoeste, Distrito Federal, 2018	74
Figura 14 - Mapa de distribuição espacial das Unidades Básicas de Saúde das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2018	75
Figura 15 - Mapa de distribuição espacial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2018	77
Figura 16 - Mapa de distribuição espacial dos Hospitais Gerais das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2018	78
Figura 17 - Mapa de distribuição espacial da Rede de Atenção Psicossocial em Saúde, das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2018	79
Figura 18 - Mapa de distribuição coroplética de Profissionais de Saúde atuando a Atenção Primária à Saúde das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2018	80
Figura 19 - Mapa de distribuição coroplética de Profissionais de Saúde atuando a Atenção Secundária à Saúde das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2018	81
Figura 20 - Mapa de distribuição coroplética de Profissionais de Saúde atuando a Atenção Terciária à Saúde das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2018	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde
AASE - Atenção Ambulatorial Secundária
ATS – Atenção Terciária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CHD – Classificação Hierárquica Descendente
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública
COMPP - Centro de Orientação Médico Psicopedagógica
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CORAS - Coordenações de Organização e Regulação Assistencial
DF – Distrito Federal
DODF - Diário Oficial do Distrito Federal
DSC – Discurso Sujeito Coletivo
ESF – Estratégia Saúde da Família
FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GDF – Governo do Distrito Federal
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF - Núcleos Ampliados de Saúde da Família
NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
PDI - Plano Diretor de Investimentos
PDPAS - Programa de Descentralização Progressiva da Saúde
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PGRS - Programa de Gestão Regional de Saúde
PNMT - Programa Nacional de Municipalização do Turismo
PNT - Política Nacional de Turismo
PPI - Programação Pactuada e Integrada
RA – Região Administrativa
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial à Saúde
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RIDE/DF - Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
SESDF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SRS – Superintendente Regional de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
URD - Unidade de Referência Distrital

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1. O universo conhecido da regionalização	20
2.1.1. Regionalização do turismo	21
2.1.2. Regionalização e região na geografia.....	22
2.1.3. Conceituação de regionalização da saúde	24
2.1.4. Congruências e incongruências entre regionalização do turismo, da saúde e geografia	26
2.2. Sistemas universais de saúde em perspectivas gerais.....	27
2.3. O que significa o Sistema Único de Saúde em 2018?	30
2.4. Relacionando descentralização e regionalização da saúde	32
2.5. A regionalização da saúde no Brasil.....	37
2.6. Regionalização da saúde no Distrito Federal.....	39
3. OBJETIVOS	41
3.1. Objetivo Geral.....	41
3.2. Objetivos Específicos	41
4. MÉTODOS	42
4.1. Tipo de Estudo	42
4.2. Local do Estudo.....	43
4.3. Etapas da Pesquisa.....	44
4.4. Fontes de Dados	45
4.4.1. Caracterização das Regiões de Saúde segundo a capacidade instalada de serviços de saúde	45
4.4.2. Identificação e Caracterização de instrumentos normativos e decisórios.....	46
4.4.3. Descrição do processo de regionalização em 2018.....	46
4.5. Coleta de dados	47
4.6. Técnicas de análise dos dados.....	49
4.6.1. Usos da análise espacial e do geoprocessamento	50
4.6.2. Usos da análise de conteúdo, lexicográfica e <i>Iramuteq</i>	51
4.6.2.1. Utilização de <i>softwares</i> para análise qualitativa	52
4.7. Período de análise.....	53
4.8. Aspectos éticos	54

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
DIMENSÃO I – Descrição quantitativa e análise de conteúdo dos instrumentos normativos e decisórios do processo de regionalização da saúde no Distrito Federal, 1990 a 2018	54
DIMENSÃO II - Caracterização da capacidade instalada de equipamentos públicos e conselhos de saúde das Regiões de Saúde do Distrito Federal	65
DIMENSÃO III - Descrição do processo de regionalização da saúde no Distrito Federal em 2018 na perspectiva dos superintendentes.....	84
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
APÊNDICE I	103
APÊNDICE II	105
APÊNDICE III	106
APÊNDICE IV	109
APÊNDICE V	110
ANEXO I	120
ANEXO II	121
ANEXO III	122
ANEXO IV	126

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído por princípios doutrinários e organizativos⁽¹⁾. Os princípios doutrinários baseiam-se pela (i) universalidade do acesso, (ii) integralidade no cuidado e atenção aos usuários e por fim, pela (iii) equidade em assegurar ações e serviços abrangendo a complexidade que cada usuário demande⁽²⁾.

No que se refere aos princípios organizativos, esse sistema, de caráter público, constitui-se por uma rede de serviços descentralizada, regionalizada e hierarquizada, direcionada em cada esfera de governo e sobre o controle dos seus usuários, trabalhadores e gestores⁽³⁾. Surgem então os princípios da descentralização, regionalização, hierarquização e da participação social.

Esse estudo focaliza dois desses princípios organizativos, a saber: descentralização, regionalização, com destaque ao princípio da regionalização. A implantação e implementação dos princípios organizativos de descentralização e regionalização no SUS são obrigatórias, não sendo facultativa aos gestores a sua execução⁽⁴⁾. A descentralização, bem como a regionalização, apresenta-se como solução para a reforma dos sistemas de saúde, sendo as suas implementações variantes para cada país e regiões, frente as suas peculiaridades e interpretações conceituais⁽⁵⁾.

Conceitualmente, descentralização significa aproximar da tomada de decisão do local onde os problemas emergem, para obtenção de maior eficiência técnica e também social⁽⁶⁾. Um sistema descentralizado, alicerçado pela interdependência na organização da rede de serviços, ou seja, uma relação de saudável dependência em rede, tem que se regionalizar⁽⁴⁾.

No passar das décadas, o entendimento da importância de um sistema de saúde descentralizado, em um país continental, foi supervalorizado, até chegar a compreensão de que para além de descentralizado, este sistema idealizado deveria ser regionalizado⁽⁷⁾.

Não significa que a descentralização deva ser abandonada, mas sim regionalizada, pois ao tratar a questão em nível nacional, torna-se fundamental esta percepção, podendo existir mais de cinco mil subsistemas descentralizados isolados, impossibilitados de atender a integralidade assistencial e manter o sistema de referência e contra referência⁽⁴⁾.

Estes possíveis milhares de sistemas locais fragmentados são reconhecidos por meio do termo atomização do SUS⁽⁸⁾.

A regionalização, por sua vez, apresenta-se conceitualmente como orientadora da descentralização das ações e serviços de saúde, cujo processo operacional consiste na identificação e constituição das regiões de saúde, compreendidas como espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de cogestão⁽⁹⁾.

Estudar o processo de regionalização da saúde no Distrito Federal é necessário e oportuno, não necessariamente nesta ordem de importância. Necessário, pois como arguido anteriormente a sua execução é obrigatória. Oportuno, pois ainda na contemporaneidade observa-se a existência de propostas advindas de conferências de saúde locais, recomendando a sua efetivação na rede de serviços.

São inúmeros os estudos do fenômeno da regionalização da saúde no Brasil, entretanto, raríssimos ou inexistentes aqueles que abordam as especificações, limitações e potencialidades que o Distrito Federal possui para regionalizar a rede de serviços, haja vista a sua característica única e híbrida que não o torna Estado e nem Município, mas uma junção de ambos. Torna-se assim um estudo inédito que possui relevância para a consolidação do processo de regionalização da saúde da região, nunca antes registrado em completude. Por meio deste estudo, tem-se a oportunidade de analisar as reformas e os possíveis impactos para a gestão em saúde do local.

Apresentado esse panorama, busca-se com esse estudo descrever o processo de regionalização da saúde no Distrito Federal, considerando as normativas utilizadas para operacionalização da regionalização da saúde no período de 1990 a 2018, bem como a caracterização das regiões de saúde, segundo a capacidade de equipamentos de saúde instaladas e a descrição das ações, limites e avanços das superintendências para efetivação do processo em 2018.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O universo conhecido da regionalização:

A Regionalização é um fenômeno estudado por diversas áreas do conhecimento que não somente o setor saúde, portanto polissêmica. Por se tratar de um produto dissertativo, em que o tema da regionalização é o objeto de estudo, considerou-se relevante situar a existência do princípio em outras áreas. Até o momento em que este trabalho foi redigido, tinha-se conhecimento da relação da regionalização com três áreas: geografia, saúde e turismo. Por esse motivo, o objetivo deste tópico será apresentar algumas interpretações possíveis sobre a regionalização, relacionando-a com o processo de regionalização da saúde, regionalização do turismo e as compreensões da regionalização na geografia.

Para iniciar essa discussão, é necessário compreender o que seria a regionalização em perspectivas gerais e para tanto, utiliza-se *ipsis litteris* do que apresenta o dicionário Houaiss sobre regionalização, em que pese registrar que esta corresponde ao ato de regionalizar:

Regionalizar v.1 t. d. e pron. conferir ou tomar feição ou aspecto regional <não há como r. providências tão genéricas>. <O Surrealismo regionalizou-se, no Norte do Brasil, por meio de obras pictóricas como a de Chico da Silva>. 2. T. d. separar em regiões<é mais fácil cuidar da cidade, regionalizando-a>. 2.1. t. d. dar (às regiões) maior autonomia (política, econômica e administrativa) em relação ao poder central 3. T. d. organizar por regiões <r. a coleta de impostos> 4. T. d. localizar (algo) numa região <o mapa de falares da Bahia regionaliza alguns termos de garimpo em Lençóis (Houaiss 2001, p. 1635).

Vista em modo ampliado, nota-se a regionalização com característica de separação em regiões, viabilizando maior autonomia e organização, com direcionamento preponderante à ciência geográfica. Os debates entorno da regionalização permeiam, ainda, a compreensão por região. Para alguns teóricos a região é um recorte espacial⁽¹⁰⁾.

Objetiva-se prosseguir nos tópicos seguintes com a explanação sobre as vastas concepções que a regionalização possui cientificamente. Situa-se que os alcances da regionalização aqui descritos limitam-se em apresentar o fenômeno da regionalização nas três áreas ditas anteriormente.

2.1.1. Regionalização do turismo:

No campo da ciência turística e a sua interface com fenômeno da regionalização é relevante considerar que a primeira Política Pública de Turismo no Brasil foi instituída pelo Decreto-Lei nº 55, de 18 de novembro de 1966. Embora compreenda-se que essa normatização não isenta a existência e realização de outras políticas e ações federais para as atividades no setor⁽¹¹⁾.

Haja vista a relevância que o turismo traz às discussões entorno à regionalização, faz-se necessária a visão estratégica ao longo do tempo e do espaço para perceber a evolução do fenômeno turístico brasileiro e seu contexto regional, nacional e internacional⁽¹²⁾.

Optou-se em descrever a relação entre regionalização e turismo por meio do Programa Nacional de Municipalização do Turismo – PNMT implantado entre 1994 e 2001 e da Política Nacional de Turismo – PNT, estabelecida pela lei 11.771, de 17 de setembro de 2008. A péssima qualidade dos serviços turísticos brasileiros disparou a necessidade de estabelecimento de um processo de descentralização da gestão do turismo, sendo este o motivo embrionário do PNMT⁽¹³⁾.

No que se refere à PNT, esta surge na contramão da tendência globalizada de desregulamentação do setor, demonstrando-se necessária para o desenvolvimento do turismo e a atividade turística carecida de seriedade, principalmente, pelo poder executivo⁽¹⁴⁾.

O PNMT previa abordagem comunitária e participativa, com a institucionalização de Conselhos e Planos de Turismo com atividades ascendentes, fundamentando-se nas bases da sociedade⁽¹⁵⁾. A lógica da regionalização do PNMT só poderia funcionar com destaque da municipalização como a única forma para desenvolvimento do turismo, compreendendo-a como um processo de desenvolvimento turístico para conscientização da população das ações realizadas nos municípios⁽¹⁵⁾.

Sendo o turismo uma atividade desenvolvida por meio dos atrativos que os municípios possuem, o envolvimento da população no planejamento e processos decisórios aproximam o PNMT de uma proposta de regionalização do turismo. Alegando ingerência governamental, mas sabidamente políticas, o PNMT teve suas atividades interrompidas em 1998⁽¹⁵⁾.

No que tange a Lei 11.771 de 17 de setembro de 2008, ressalta-se que de acordo com sua ementa, dispõe sobre a Política Nacional de Turismo, define as atribuições do Governo Federal no planejamento, desenvolvimento e estímulo ao setor turístico, e dá outras providências. Em seu parágrafo único, registra o cumprimento aos princípios constitucionais da descentralização e regionalização.

Dentre os quatro objetivos gerais elencados para realização do Sistema Nacional do Turismo, estabelece-se a regionalização do turismo, mediante o incentivo à criação de organismos autônomos e de leis facilitadoras do desenvolvimento do setor, descentralizando a sua gestão.

Esses objetivos não poderão ser alcançados caso os executores da política de turismo nacional não consigam sanar um problema muito comum no Brasil, sendo ele a ausência de paridade das políticas federais em nível estadual e municipal⁽¹⁴⁾. A mesma autora conclui em seu estudo que a referida lei carece de aceitação social para que mudanças no setor efetivamente ocorram⁽¹⁴⁾.

Desta feita, regionalizar na ciência turística não se limita ao agrupamento de municípios com relativa proximidade e similaridades. Refere-se à construção de um ambiente participativo entre poder público, iniciativa privada, terceiro setor e comunidade, promovendo integração e cooperação intersetorial, com vistas à atuação conjunta entre todos os envolvidos direta e indiretamente na atividade turística de uma determinada localidade⁽¹⁶⁾.

Em síntese comparativa entre o PNMT, a PNT e a sua relação com a regionalização ressaltam-se as particularidades do setor que assume atividade econômica relevante ao país, ao mesmo instante em que é um fenômeno social que traz consequências importantes para as comunidades envolvidas, visto como um meio de planejamento que requer a participação dos atores envolvidos em seus processos decisórios.

2.1.2. Regionalização e região na geografia:

Muitos conceitos da regionalização aplicados à saúde emergem da geografia. A institucionalização do conhecimento geográfico é fortalecida no século XIX, no continente europeu, haja vista a necessidade de conhecimento de novas terras e a aquisição de matéria-prima para a indústria que estava em

expansão. Tornava-se cada vez mais necessário haver uma ciência que possibilitasse conhecer, cartografar e conquistar outros territórios. Dessa forma, deu-se à Geografia um caráter de ciência fundamental naquele momento, cuja realidade era amparada pelos propósitos do Estado⁽¹⁷⁾.

O conhecimento epistemológico da geografia centralizou estudos em duas diretrizes, norteadoras do pensamento geográfico das quais foram denominadas por Capel (2015) como: “problemas-chave definidores da disciplina”. A primeira diretriz referia-se ao “estudo da relação homem-meio” e a segunda ao “estudo da diferenciação do espaço na superfície terrestre”⁽¹⁸⁾. A primeira estaria na concepção ambientalista que orientou a construção de alguns conceitos importantes na Geografia. Entre eles, o conceito de “região natural” e a segunda na concepção da “região geográfica”. Segundo Vidal de La Blache (1913), considerado o primeiro grande clássico da Geografia Regional, a Geografia definiria seu papel através da identificação das regiões da superfície terrestre⁽¹⁹⁾. Nesta noção de região geográfica, acrescenta-se à presença dos elementos da natureza, caracterizadores da unidade e da individualidade, até a presença de seres humanos.

Assim como a região, a regionalização é um fenômeno estudado na ciência geográfica. O estudo e conceituação da regionalização não se dissocia do estudo e conceituação de região, entendida como uma categoria de análise para geógrafos⁽¹⁷⁾. A região já foi entendida como ultrapassada, mas retorna à contemporaneidade por meio de processos globalizantes.

No pós-estruturalismo - que se refere à uma vertente filosófica fortemente ligada ao contexto, bem como às questões locais - a regionalização varia conforme o cotidiano e as condições espaço-temporais⁽²⁰⁾. Os discursos regionalistas, apegados à identidade regional, também se fortalecem nesta vertente⁽²⁰⁾.

O termo região está associado à ideia de diferenciação de áreas, ou seja, à aceitação de que a superfície da terra é formada por áreas diferentes entre si. A noção de região contém ainda a ideia de parte de um todo, sendo que este todo pode ser considerado o mundo conhecido que, por ser um conhecimento socialmente produzido, varia de limite segundo as civilizações⁽²¹⁾. Assim, haverá tantas regiões quantos forem os critérios adotados e o objetivo da regionalização.

É preciso compreender que a regionalização não é apenas o produto do exercício acadêmico de identificação de regiões como recortes coerentes, representativos de uma sempre problemática diferenciação de áreas, mas um processo social complexo de formação de contextos regionais – contextos que não se resumem à lógica zonal, mas que incorporam a lógica das redes e a lógica dos processos de exclusão⁽²²⁾.

Uma das questões centrais que se coloca, então, para os atuais processos de regionalização, é a ideia de exclusão e, com ela, o panorama espacial das desigualdades sócio regionais e as correspondentes concepções de precarização sócio espacial e de mobilidade instável das populações⁽²³⁾.

2.1.3. Conceituação de regionalização da saúde:

Em consonância com a conceituação inicial apresentada pelo dicionário Houaiss (2001), regionalizar é organizar por regiões. Desse modo, região de saúde pode ser entendida como a divisão territorial onde está organizado um conjunto de ações e serviços de saúde. Uma das primeiras experiências de planejamento da regionalização da saúde ocorreu na antiga União Soviética onde as distintas Repúblicas Socialistas tinham seus Ministérios da Saúde e seus planos locais adequavam-se às condições locais de saúde, como também ao plano nacional⁽²⁴⁾.

Dawson adaptou o modelo no ocidente e desde então essa estratégia tem sido adotada em diversos sistemas de saúde internacionais⁽²⁵⁾. Predomina-se nessas experiências a regionalização autárquica, em que existe uma instância com relativa autonomia responsável pela gestão do sistema local de saúde⁽²⁴⁾. Esse é o modelo adotado pelo Reino Unido e Canadá, países cujos sistemas são referência para o Sistema Único de Saúde – SUS⁽²⁶⁾.

Ao regulamentar a Lei 8.080/1990, o decreto 7.508/2011 dispôs sobre a organização do SUS e dentre outras possibilidades, conceituou o que seria “região de saúde”, conforme:

“Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, art. 2º, inciso I”.

Seguindo a regulamentação do Decreto 7508/2011, o Ministério da Saúde compreende que a regionalização da saúde ordena o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, concebendo a ideia de conformar regiões de saúde que respeitem as realidades locais, valorizando os processos de pactuação e negociação entre os gestores regionais das instâncias⁽²⁷⁾, devendo pautar-se em:

- Garantir a integralidade assistencial e acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde;
- Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional a ser atendido extrapolem a escala local e municipal;
- Potencializar a descentralização do sistema fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras e para que as demandas e interesses locais regionais se expressem nas regiões;
- Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos.

Estes quatro importantes objetivos gerais evidenciam a relevância que a regionalização da saúde possui para a organização do sistema de saúde em um território de dimensões continentais. Nesta perspectiva, sobressai-se a regionalização da saúde, enquanto orientadora da descentralização das ações e serviços de saúde e dos processos de negociação e pactuação entre gestores.

A regionalização estimula a criatividade e a busca conjunta dos melhores caminhos e das soluções mais adequadas a cada situação⁽²⁸⁾. O Pacto pela Saúde, além de instituir a regionalização como diretriz do Pacto de Gestão no SUS, revaloriza os processos gestores como espaços de mediação para a viabilização da diretriz política nas ações efetivadas, no caso por referência à regionalização da saúde. No campo organizacional, a gestão é compreendida como um processo integrado de planejamento, organização de estrutura e recursos, direção de pessoas e avaliação⁽²⁷⁾.

Na área de políticas públicas, onde se insere a Saúde Coletiva, a concepção de gestão regionalizada é compreendida como o planejamento de saúde, a organização dos serviços e recursos, a gestão do trabalho e seus atores e a avaliação de saúde⁽²⁹⁾.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), considera a regionalização como uma estratégia para facilitar e melhorar o acesso aos serviços de saúde, compreendendo-a como território sanitário, muito mais do que território político administrativo⁽²⁸⁾.

Ainda que existam debates sobre a solidariedade da regionalização do SUS, torná-lo regionalizado é princípio constitucional obrigatório e não facultativo aos gestores públicos⁽⁴⁾.

2.1.4. Congruências e incongruências entre regionalização do turismo, da saúde e geografia:

O que há de comum e incomum entre a regionalização do turismo e geografia, e em que estes conceitos contribuem para pensar o processo de regionalização em saúde?

Pois bem, para a geografia a regionalização não é mero produto de identificação de regiões recortadas coerentemente, mas trata-se de um processo social e de formação de contextos regionais e que incorpora a lógica das redes⁽²²⁾. Enquanto que para o turismo, a regionalização não se limita ao agrupamento de municípios limítrofes e refere-se à construção de um ambiente participativo com vistas à atuação conjunta entre todos os envolvidos direta e indiretamente na atividade turística de uma determinada localidade⁽¹⁵⁾.

No que tange a relação entre regionalização da geografia e turismo, com o processo de regionalização em saúde, é possível evidenciar uma forte colaboração da geografia para pensar o espaço e a estratégia de regiões de saúde. Nesses espaços são consideradas as realidades locais e os processos de pactuação regionais, incorporando a lógica das redes, enquanto que para o turismo as contribuições para o setor saúde podem ser entendidas pela expressiva característica de atuação participativa e de cooperação objetivando um bem comum.

Enquanto para a regionalização do turismo o bem comum representa o fortalecimento da atividade turística, no setor saúde o bem comum refere-se às tentativas de ampliar o acesso ao Sistema Único de Saúde, consolidando o princípio da universalidade e sobretudo da integralidade.

Uma particularidade entre as duas abordagens (geografia e turismo) comparadas à regionalização da saúde, diz respeito ao evidente ordenamento da descentralização das ações e serviços de saúde, ou seja, uma estreita relação entre ambos, aparentemente inexistentes nas demais áreas.

2.2. Sistemas universais de saúde em perspectivas gerais:

Os estudos de sistema de saúde têm muita proximidade com as análises de políticas e serviços de saúde. Uma conceituação amplamente aceita sobre sistema de saúde, refere-se ao conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais/assistenciais responsáveis pela condução dos processos alusivos à saúde de uma população específica que se concretizam em organizações e serviços que objetivam resultados condizentes com a concepção de saúde predominante na sociedade⁽³⁰⁾.

Os componentes dos sistemas de saúde são, sem ordem de importância: (i) a cobertura, (ii) o financiamento, (iii) a força de trabalho, (iv) a rede de serviços, (v) os insumos, (vi) a tecnologia/conhecimento e as (vii) organizações, que podem ser estatais ou não governamentais. A cobertura é tida por alguns autores como o componente mais importante de qualquer sistema de saúde. Se o valor público dos sistemas de saúde é zelar pela saúde de seus usuários, deve-se saber aqueles que são cobertos e descobertos. O termo “cobertura” expressa a possibilidade de obter prestação de serviços ou o alcance de uma medida sanitária como, por exemplo, a proporção de gestantes que fizeram pré-natal⁽³⁰⁾.

Os demais componentes, a saber: financiamento, força de trabalho, rede de serviços, os insumos e tecnologia são os recursos materiais e humanos disponíveis para o funcionamento da atenção à saúde. As organizações são as agências – públicas e privadas – responsáveis pelas funções dos sistemas⁽³⁰⁾.

Independente de classificação/tipologia, os sistemas de saúde obrigatoriamente possuem componentes que envolvem um conjunto de definições particulares e questões específicas⁽³⁰⁾.

2.2.1. Classificação dos sistemas de saúde:

Para este tópico, pensou-se em iniciar com a seguinte indagação: Como é classificado o atual sistema de proteção social brasileiro e qual a sua relação com o sistema de saúde vigente?

O paradigma neoliberal obteve força no início de 1990, mantendo o Brasil na contramão da construção de um projeto próximo a um Estado de Bem-Estar social, iniciado por meio da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988⁽³¹⁾. Nas políticas sociais brasileiras universais, principalmente saúde e educação, observou-se nesse período um dualismo entre o liberalismo e o desenvolvimento social, ainda hoje presente⁽³¹⁾.

Esping-Andersen (1991) aproximaria o sistema de saúde vigente ao seu conceito de *Welfare State social-democrata* onde as políticas sociais ocorrem universalmente visando igualdade do *status* de cidadania, cujos benefícios são assegurados como direito, pelo Estado, desvinculados de contribuição ou de comprovação de necessidade⁽³²⁾.

No que se refere aos de modelos de gestão, é correto afirmar que nenhum país possui um sistema exclusivo, observando-se grande hegemonia de determinada forma de organização e financiamento de saúde que o caracteriza. Desse modo, os países adotam sistemas com o predomínio de um tipo de modelo, a saber: universalista, seguro social, seguros privados e assistencialista. Na sequência descreve-se as suas características fundamentais.

No modelo universalista, caracteriza-se o predomínio de financiamento público com recursos dos impostos e acesso universal aos serviços que são prestados por fornecedores públicos. Os trabalhadores profissionais e não profissionais dependem do Estado. Pode existir outras fontes de financiamento além dos impostos, tais como pagamentos diretos de usuários e outros insumos. Porém, a maior parte do financiamento e gestão é por conta do Estado que arrecada e aplica os impostos no setor.

O modelo de seguro social é financiado por aporte e contribuições dos empresários e trabalhadores e só cobre os contribuintes e seu grupo familiar. São exemplo deste modelo a Alemanha no continente europeu e a Argentina na América do Sul.

Ao modelo de seguros privados cabe expressiva fragmentação, descentralização e escassa regulação pública. Em comparação com os outros modelos, este limita a ação do estado a uma mínima regulação. A situação que mais se aproxima neste modelo é a dos Estados Unidos da América, onde há mais de 1.500 seguros privados.

No modelo assistencialista o Estado só presta assistência às pessoas incapazes de assumir a responsabilidade individual de cuidar da saúde. As ações são direcionadas às pessoas mais vulneráveis e carentes. Porém, as ações e serviços públicos de saúde são limitadas qualitativa e quantitativamente, pois do contrário, poderia contribuir para incentivar as pessoas a não se responsabilizarem pela própria saúde⁽³⁰⁾.

2.2.2. O modelo do Sistema Único de Saúde – universalista:

O Brasil é o único país da América Latina que adotou um modelo de sistema público universal desde 1988, cuja expansão de serviços públicos trouxeram importantes avanços⁽³³⁾. Outros países latino-americanos seguiram caminhos distintos de reformas na saúde, alguns com concepções condizentes com a proposta de cobertura universal.

Cobertura universal e sistema universal não devem ser entendidas como sinônimos, cabendo ambiguidade e múltiplas interpretações ao conceito de cobertura⁽³⁰⁾. Em sistemas universais, tais como o SUS, a saúde é vista como um direito, em que o papel do Estado é garantir o bem-estar social, enquanto que para os modelos de coberturas universais, a saúde é vista como mercadoria e o papel do Estado é mínimo⁽³³⁾.

Os sistemas universais são financiados por meio de recursos públicos a partir da arrecadação de impostos gerais e contribuições sociais, proporcionando solidariedade, redistribuição e equidade. O modelo de sistema de saúde universal objetiva que todas as pessoas tenham as suas necessidades atendidas sem restrições para o acesso⁽³⁴⁾.

O financiamento do sistema de saúde pública e da prestação de serviços, em um regime de acessibilidade universal aos cuidados à saúde, convergem para aumentar a equidade. Desse modo, permite aos menos favorecidos

receberem mais serviços que os mais favorecidos, pois suas necessidades são maiores⁽³⁴⁾.

Nos sistemas universais, a garantia de cuidado integral exige a coordenação entre serviços integrados, organizados em uma rede regionalizada e territorializada. Tais cuidados devem ser orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS), com predomínio de gestão e prestação de serviços públicos^(35,36). O enfoque populacional exige promover políticas transversais e intersetoriais para enfrentar os determinantes sociais da saúde⁽³⁷⁾.

2.3. O que significa o Sistema Único de Saúde em 2018?

Em 2018 o Sistema Único de Saúde (SUS) completou 30 anos de existência, compelindo a oportunidade de reiterar as potencialidades e limitações ocorridas ao longo destas três décadas. Desde que o SUS foi idealizado, preocupou-se com meios pelos quais seria financiado, na compreensão de que trata-se de um importante componente para a efetivação de sistema de saúde. Para alguns autores existem algumas ameaças sobre a existência do SUS e dentre elas destacam-se o subfinanciamento e a sua privatização, seguidos do ainda maior de todos desafios, a saber: o desafio político⁽³⁸⁾.

Nesse emblemático ano, muitos militantes em defesa do SUS, sobretudo sanitaristas, prestam de suas intelectualidades para tratar das perspectivas para os anos seguintes. Para Gastão Wagner (2018), existem cinco teses, sem ordem de importância, que podem denotar preocupação com a ampliação e consolidação do SUS e que objetivam o fortalecimento do sistema por meio de um conjunto de estratégias políticas, de gestão e do cuidado em saúde⁽³⁹⁾, sendo elas: (i) construção de um bloco político e de sujeitos sociais capazes de assegurar o direito à saúde e os sistemas públicos; (ii) reconstruir a institucionalidade do SUS objetivando aperfeiçoar o seu caráter público; (iii) assegurar sustentabilidade aos espaços públicos; (iv) política de pessoal unificada para o SUS e (v) consolidar e qualificar as políticas e práticas em saúde.

No que se refere à institucionalização do SUS e as limitações ainda frequentes, retrata-se os conflitos entre centralização e descentralização administrativa e financeira, que assim como o subfinanciamento está presente

desde a criação do SUS, refletindo a disputa de poder no interior da federação sem um compromisso com as diretrizes organizativas do sistema, incluindo-se a regionalização da saúde⁽⁴⁰⁾.

Frente aos inúmeros desafios do SUS, faz-se necessário problematizar a transição demográfica e o processo de envelhecimento da sociedade. Em 2016 14,4% da população tinha mais de 60 anos, com um crescimento entre 2012 e 2016 de 16%, enquanto o grupo de crianças de 0 a 13 anos caiu 6,7%, expressando um importante alargamento da pirâmide populacional no topo e estreitamento na base⁽³⁹⁾.

Essa é uma situação que deve compor a agenda das autoridades em todos os níveis de gestão e sobretudo nas ações do SUS como política de Estado⁽⁴⁰⁾.

Ainda são inúmeras as lutas para implantar um sistema universalista num país de dimensões continentais e sua cultura política de negar recursos para políticas redutoras das desigualdades. Cuidar da saúde das pessoas é dever estatal, que por meio de medidas socioeconômicas deve garantir qualidade de vida, investindo em saneamento básico, dotando a vigilância em saúde de recursos e pessoal qualificado para evitar o risco de se adoecer por causas evitáveis.

É preciso controlar o interesse no lucro dado que as indústrias farmacêuticas visam, sobremaneira, o lucro que podem alcançar. O autocuidado precisa tomar corpo e ser uma responsabilidade de toda a sociedade, ainda mais neste século em que os conhecimentos com saúde são amplamente divulgados, sendo necessário criar uma consciência sanitária nos indivíduos e na coletividade evitando agravos à saúde que possam ser evitáveis pelo estilo de vida⁽⁴⁰⁾.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) divulgou e disponibilizou o Relatório 30 anos de SUS, após convidar 200 pessoas, dentre elas especialistas, acadêmicos, parlamentares e gestores do SUS para registrar os pontos de vistas e proporcionar um panorama abrangente sobre o futuro SUS⁽⁴¹⁾.

O primeiro tema abordado referiu-se ao princípio universal do sistema. Houve consenso que o SUS deve garantir o direito à saúde, conforme Art. 196 da Constituição Federal de 1988. Do total de 86 respostas, 98% demonstrou-se

favorável que o SUS seja para todos. Entretanto, mesmo aqueles que pensaram que o SUS necessita de reformas radicais (n=67), concordaram que as mudanças não devem prejudicar o princípio da universalidade⁽⁴⁰⁾.

Não há dúvidas, a universalização do acesso aos serviços de atenção à saúde, aliada à ampliação e aperfeiçoamento do escopo das ações de vigilância, prevenção e controle de doenças e, riscos à saúde pelo SUS, vem desempenhando papel fundamental na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população brasileira, bem como contribuindo para o processo de democratização do país.

2.4. Relacionando descentralização e regionalização da saúde:

O Sistema Único de Saúde (SUS) está baseado normativamente em princípios doutrinários e organizativos, a saber: a universalidade do acesso, equidade e integralidade são considerados – enquanto princípios doutrinários - e a descentralização, a regionalização e a participação social - enquanto princípios organizativos⁽²⁾.

Assim como a regionalização e a hierarquização são instrumentos que podem viabilizar a efetivação de outros princípios da atual Política de Saúde, a razão de ser de todos os princípios organizativos do SUS é contribuir para a consecução dos seus princípios doutrinários. Assim tanto a descentralização como a regionalização têm por finalidade dar consecução aos princípios da universalidade, equidade e integralidade em saúde^(2,3).

A universalidade é a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. É o direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde ou serviços privados contratados pelo setor público. “Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal”^(2,3).

Os aspectos relevantes evidenciam que o processo de descentralização da saúde no Brasil contribuiu para ampliar a universalidade, através do acesso aos serviços de saúde, particularmente na atenção básica; mas consideram que descentralizar apenas de forma isolada é insuficiente para a consecução dos demais princípios do SUS⁽⁴²⁾.

A descentralização precisa ser acompanhada de estratégias de coordenação e cooperação solidárias, para não aumentar as desigualdades

regionais e a fragmentação dos serviços⁽²⁷⁾. A regionalização seria uma dessas estratégias, passando a fazer parte da política de descentralização dos serviços no SUS⁽²⁸⁾.

Outro princípio doutrinário é a equidade em saúde pelo qual todos devem ter igualdade no acesso as ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que as necessidades de saúde definem. “*Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos*”⁽²⁾.

A regionalização da saúde é importante para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e podem promover a equidade e a integralidade da atenção racionalizando os gastos e otimizando os recursos⁽⁴³⁾.

A regionalização potencializa o processo de descentralização. Já a integralidade em saúde implica em reconhecer o indivíduo como ser holístico, da mesma forma as ações de saúde sejam elas de promoção, proteção ou recuperação não podendo ser fragmentadas no sistema. E os serviços de saúde também devem ser organizados de tal forma a configurar um sistema integral e resolutivo⁽⁴³⁾.

Existem cinco possíveis dimensões conceituais da integralidade: dimensão coletiva do objeto de trabalho em saúde, integralidade dos cuidados ao indivíduo, integralidade da atenção enquanto organização e prestação integrada das ações de uma unidade ou sistema local e regional de serviços de saúde para resolver problemas de saúde de sua área de abrangência; e integralidade da promoção à saúde⁽⁴⁴⁾.

A integralidade implica a apreensão e a atuação sobre os vários níveis de organização das ações e serviços de saúde na região, pois, compreende a atenção integral à saúde das pessoas em seu *habitat*, um território-processo, de forma articulada com uma ação integral sobre os problemas de saúde e suas causas⁽⁴⁴⁾. A ampliação da concepção não diminui a noção do cuidado curativo individual, as dimensões apresentadas são acumulativas, coletiva e individual, de prevenção e cura, ou seja, proteção e recuperação da saúde, implicando na apreensão e atuação sobre os vários momentos dos processos de saúde e doença⁽⁴⁴⁾.

Existe preocupação quanto à implementação da regionalização por parte de gestores do SUS, justificando suas razões para viabilizar a integralidade da

atenção⁽⁴⁵⁾. A regionalização da saúde é uma condição para uma atenção mais completa e de maior qualidade com eficácia e satisfação social⁽⁴⁵⁾.

Entende-se a regionalização em saúde como um instrumento norteador da organização do sistema de saúde, visando a melhor disposição e distribuição técnica e espacial dos serviços com eficiência institucional e social. Assim, facilita também o acesso aos níveis de atenção secundária e terciária⁽³⁾.

Segundo Gastão Wagner (2006), a descentralização da saúde é vista em um contexto de redemocratização do país, uma estratégia de aproximação dos serviços de saúde às necessidades de saúde dos cidadãos, de forma a ampliar espaços democráticos, a participação social e o poder local⁽⁴⁶⁾. Tais diretrizes devem estender-se nas estratégias de regionalização da saúde.

Nesta perspectiva, Scatena (2000) ressalta a importância das transformações profundas na organização do SUS descentralizado, as quais exigem: reorganização institucional e reformulação das práticas de atenção à saúde, redirecionamento de prioridades, implementação de medidas de racionalização, melhoria na qualidade da atenção e democratização dos processos decisórios, permitindo que forças sociais organizadas exerçam o controle social para que ocorra a efetivação dos princípios do SUS⁽⁴⁷⁾.

Scatena (2000), acredita ainda que a maior autonomia financeira, propiciada pela descentralização, tem permitido, principalmente aos municípios menores, um maior envolvimento em estratégias de referência, como consórcios e convênios⁽⁴⁷⁾. Essas estratégias envolvem também os municípios maiores e com melhor estrutura de saúde, os quais têm conseguido compensação financeira que, embora insuficiente, era inexistente antes da descentralização⁽⁴⁷⁾.

Tal autonomia gestora constitui-se em condições fundamentais para atuação das instâncias municipais, regionais e estaduais de saúde nas negociações de competências e responsabilidades colegiadas para viabilizar a regionalização no SUS.

Para que o processo de descentralização seja fortalecido para além das definições das responsabilidades entre os entes federativos é necessário ainda, estabelecer parcerias com outros órgãos do Executivo, Legislativo e o Judiciário⁽⁴⁸⁾. A análise das formas de descentralização de políticas sociais, como a política de saúde, se complexifica pela maior competição intergovernamental que ocorre

no federalismo brasileiro, sobretudo a partir da crise financeira dos anos 1990 (49).

Com o objetivo de efetivar a Política de Saúde, o Ministério da Saúde editou várias Normas Operacionais, destacando-se aquelas que normatizam a organização das ações e serviços de saúde⁽⁵⁰⁾. Dentre elas sobressaíram a Norma Operacional Básica (NOB) de 1993, que se refere à articulação intermunicipal, sem estabelecer priorização na estruturação de regiões de saúde; e a Norma Operacional Básica de 1996, cujo foco era a orientação para estruturação do sistema municipal⁽⁵⁰⁾.

Somente a partir das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) é que a regionalização ganha importância no SUS. Elas aperfeiçoaram alguns conceitos gerenciais e bases referenciais da regionalização, definindo as microrregiões, as macrorregiões e instituindo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de planejamento e organização do SUS⁽⁵¹⁾. Entretanto, as NOAS orientaram somente aspectos da prestação da assistência à saúde e o PDR como instrumento de desenho para a construção da rede de distribuição e articulação das ações e serviços de saúde⁽⁵¹⁾.

Em sua segunda edição a Norma Operacional de Assistência à Saúde (2002) define pela primeira vez as “Regiões de Saúde”:

“A região de saúde é a base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais (Portaria 373, de 27 de fevereiro de 2002, Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002)”.

A luz do Pacto pela Saúde (2006), mais especificamente em seu componente instituído como Pacto de Gestão, as regiões de saúde são vistas como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território⁽⁵²⁾.

O Ministério da Saúde, considera a regionalização como sendo uma diretriz do SUS e esta deve orientar a descentralização de ações e serviços de saúde⁽³⁾. A regionalização é um princípio atrelado ao da descentralização, que por conta do federalismo brasileiro, significa a distribuição de competências e responsabilidades entre as esferas de governo.

Após 2006 a estratégia da regionalização apareceu com força na normativa do SUS e teve início um processo mais efetivo de retomada de instrumentos gerenciais, que propiciaram a criação de regiões de saúde e de pactos intergovernamentais, visando o estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade⁽⁵³⁾.

O Pacto pela Saúde, mantém os instrumentos de planejamento anteriormente instituídos pelas NOAS, mas inova ao considerar a regionalização como uma diretriz central do Pacto de Gestão⁽²⁸⁾. Este amplia a visão da regionalização para além da assistência, visando a conformação de sistemas regionais que deem conta da organização da saúde integral nos seus diversos componentes⁽²⁷⁾.

Os principais instrumentos de planejamento da regionalização que integram o Pacto de Gestão são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). As ações e serviços organizados a partir do PDR fazem parte das PPI's, que são instrumentos de execução, controle e monitoramento dos pactos estabelecidos. O PDI dimensiona os recursos financeiros necessários para atingir os objetivos da organização regional, expressa no PDR, e explicita a participação das esferas de governos neste financiamento⁽²⁷⁾.

O PDR assume a função de instrumento de planejamento sistêmico do espaço regional, deixando de ser focado na assistência⁽²⁷⁾. Tais instrumentos são elaborados a partir das diretrizes determinadas no Plano Estadual de Saúde, mantendo coerência com os demais instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS^(27,28).

2.5. A regionalização da saúde no Brasil:

Para abordar o processo de regionalização em saúde de modo aprofundado é preciso relacioná-lo à conformação do federalismo cooperativo brasileiro, apresentado como experiência inovadora ao cenário internacional. A

Constituição da República Federativa Brasileira estabelece em seu Art. 198 o ordenamento jurídico que define e assegura a descentralização e regionalização mantendo a unicidade do sistema conforme as Leis Orgânicas da Saúde publicadas em 1990.

Nessa organização, coube à União as funções de planejamento, indução e coordenação nacional, enquanto que aos Estados e Municípios coube (i) a coordenação no plano regional e (ii) funções de planejamento local, prestação direta de ações, serviços de cuidados primários e de média complexidade, respectivamente. O Distrito Federal, ainda que seja um ente federativo único, assume as características de Estado e Município e, portanto, todas as funções delegadas a estes. É vedada constitucionalmente a divisão em Municípios.

O arcabouço normativo do Sistema Único de Saúde (SUS) deu-se inicialmente por meio de normas operacionais e foi consolidado em 2011 com o Decreto 7.508 que regulamentou a Lei 8080/1990 no que tange à organização do SUS, planejamento, assistência à saúde e a necessária articulação interfederativa.

Como evidenciado anteriormente, a implementação do SUS deu-se por meio de normatizações operacionais, sendo a Norma Operacional Básica (NOB) de 1991 a primeira delas⁽⁵⁰⁾. A NOB dividiu responsabilidades, porém o protagonismo de funções foi dado à União, restando aos Estados, Municípios e Distrito Federal os papéis coadjuvantes.

Em seguida, a NOB de 1993 definiu os Estados e os Municípios como gestores e promoveu a transição de um modelo de gestão da política de saúde semelhante ao de nações unitárias para outro mais típico das federações. Coube à União apresentar as diretrizes de um sistema unificado nacionalmente, o que especializou sua atuação na regulação⁽⁵⁰⁾.

O gerenciamento da descentralização se deu pela ação política articulada nos três planos da federação. No âmbito nacional, a definição das diretrizes operacionais do SUS passou a ser feita por negociações diretas entre

representantes da União (Ministério da Saúde), Estados (Conass) e Municípios (Conasems) na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Esse padrão se reproduzia no plano estadual, nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

Em ambos os planos, os respectivos conselhos estaduais e municipais de saúde seriam instâncias deliberativas superiores para a formulação de estratégias e controle da execução das políticas.

A NOB de 1996 empenhou esforços objetivando o fortalecimento da municipalização. Os municípios passaram, normativamente, à condição de responsáveis pela oferta de serviços de saúde, o que gerou o desafio da integralidade da atenção à saúde⁽⁵⁰⁾.

O Pacto pela Saúde (2006), materializado pela Portaria Ministerial nº 399/2006 reforça os aspectos de cooperação e solidariedade para a implementação da regionalização⁽²⁸⁾. Cinco anos depois, foram incentivadas as criações de Colegiados de Gestão por Regiões de Saúde e que serviriam de modelo para as futuras Comissões Intergestores Regionais (CIR) a serem criadas no Decreto 7.508 de 2011. Este decreto buscou estreitar as relações de dependência mútua entre as esferas de governo, tendo o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) como principal instrumento⁽⁵⁴⁾.

Um questionamento ainda presente no que se refere à regionalização em saúde no Brasil é a busca pela compreensão do porquê que ainda hoje, três décadas depois da sua promulgação enquanto direito de todos e dever do Estado, o SUS não conseguiu consolidar a regionalização? Nota-se a criação de Regiões de Saúde instituídas pela proximidade geográfica e em detrimento da capacidade sanitária de garantir atenção e cuidados em saúde de acordo com as demandas, perfis epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos das populações.

Ainda que existam mais de 400 Regiões de Saúde no Brasil, estudos evidenciam que elas não são capazes de atender as necessidades das pessoas no seu território. Demonstram ser Regiões de Saúde que referenciam para outras, demandas em saúde que lhes são de responsabilidade⁽⁵⁵⁾. Assumindo o Distrito Federal as características de Estado/Município, como esses aspectos são percebidos na região?

2.6. Regionalização da saúde no Distrito Federal:

O Distrito Federal (DF) é Unidade Federativa do Brasil e divide-se político-administrativamente em 31 Regiões Administrativas. Até o ano de 2015, o DF possuía 15 Coordenações Regionais de Saúde que geriam territórios e redes de serviços de saúde diversos e desiguais entre si (Quadro 1).

Quadro 1 - Regionais de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, segundo Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2014.

Regional de Saúde		Região Administrativa do Distrito Federal
1	Asa Sul	Asa Sul e Lago Sul
2	Núcleo Bandeirante	Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Park Way
3	Guará	Guará, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Estrutural
4	Asa Norte	Asa Norte, Lago Norte, Varjão, Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal
5	Ceilândia	Ceilândia
6	Brazlândia	Brazlândia
7	Taguatinga	Taguatinga, Vicente Pires e Aguas Claras
8	Samambaia	Samambaia
9	Recanto das Emas	Recanto das Emas
10	Sobradinho	Sobradinho
11	Planaltina	Planaltina
12	Paranoá	Paranoá e Itapoã
13	São Sebastião	São Sebastião e Jardim Botânico
14	Gama	Gama
15	Santa Maria	Santa Maria

Fonte: Guia de Referência Rápida. **Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS/DF, 2014.** P. 17.

Até 2015, o processo de regionalização da SESDF organizou-se em sete regiões de saúde e cada uma delas com uma, duas ou mais Regiões Administrativas incorporadas. Cada Região Administrativa possuía uma Coordenação Geral de Saúde (CGS) que realizava a gestão da atenção à de saúde no âmbito local e demonstrava-se um meio organizacional altamente fragmentado⁽⁵⁶⁾.

Ainda que possuísse a divisão entre sete Regiões de Saúde e intencionando superar esta realidade fragmentadora da regionalização em saúde, instituiu-se, em 2016, o Programa de Gestão Regional (PGR), pois em que pese os princípios da descentralização e regionalização serem pressupostos estruturantes e obrigatórios na constituição do SUS, as normatizações não contemplaram plenamente as especificidades político-administrativas do Distrito Federal⁽⁵⁶⁾.

Em um estudo recente, objetivando descrever o processo da contratualização de serviços públicos do SUSDF e analisar as potencialidades e limitações do modelo proposto, concluiu-se que para consolidar a contratualização regional como ferramenta de gestão, faz-se necessária a melhoria da qualidade e utilização dos sistemas de informação, o monitoramento e a avaliação dos resultados periodicamente, e a definição dos incentivos para as unidades de saúde e profissionais⁽⁵⁶⁾.

Alguns caminhos a serem percorridos para efetivação do processo de regionalização foram elencados, dentre eles destacam-se: (i) O aperfeiçoamento da descentralização financeira e com ele a revisão do Programa de Descentralização Progressiva da Saúde (PDPAS) de forma a regulamentar as aquisições nas Superintendências Regionais de Saúde e a criação de novos métodos de distribuição de recursos seguindo critérios de proporcionalidade do potencial de captura de recursos em cada Região de Saúde; (ii) aperfeiçoar o processo de monitoramento e avaliação do desempenho das regiões de saúde e um terceiro passo, à época necessário e atualmente superado que corresponde a (iii) assinatura dos Acordos de Gestão Regionalizada, os Acordos Internos das unidades de saúde complexas, em especial os hospitais⁽⁵⁷⁾.

Raríssimas são as produções científicas publicadas tanto sobre o processo de descentralização quanto de regionalização da saúde no Distrito Federal, especificamente. O mesmo não ocorrer para outras Unidades da Federação, como São Paulo e Mato Grosso, por exemplo^(4,47,54,58).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar o processo de regionalização da saúde no Distrito Federal, no período de 1990 a 2018.

3.2. Objetivos Específicos

1. Identificar e caracterizar os instrumentos normativos e decisórios que orientaram os processos de regionalização da saúde no Distrito Federal;
2. Caracterizar as Regiões de Saúde do Distrito Federal de acordo com a capacidade instalada de equipamentos públicos: (i) Atenção Primária à Saúde, (ii) Rede de Atenção Psicossocial, (iii) Vigilância em Saúde, (iv) Rede de Urgência e Emergência e Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, (v) quantitativo de profissionais de saúde, em exercício, por nível de atenção, (vi) quantitativo e estrutura dos conselhos de saúde existentes em cada Região de Saúde;
3. Descrever o processo de regionalização no Distrito Federal em 2018, considerando as instâncias e atores envolvidos e os mecanismos de operacionalização adotados.

4. MÉTODOS

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso. Esse tipo de estudo, investiga particularidades e complexidades de um simples caso⁽⁵⁹⁾. Consiste na profunda análise de casos, tendo um ou mais objetos de pesquisa, cuja conceituação utilizada por esta pesquisa é a de que trata-se de uma investigação de fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos⁽⁶⁰⁾.

Estudos de caso, metodologicamente, utilizam-se de diversas fontes de evidenciação. Nesta pesquisa a utilização de estudo de caso ocorrerá para um único objeto, a saber: o processo de regionalização em saúde no Distrito Federal.

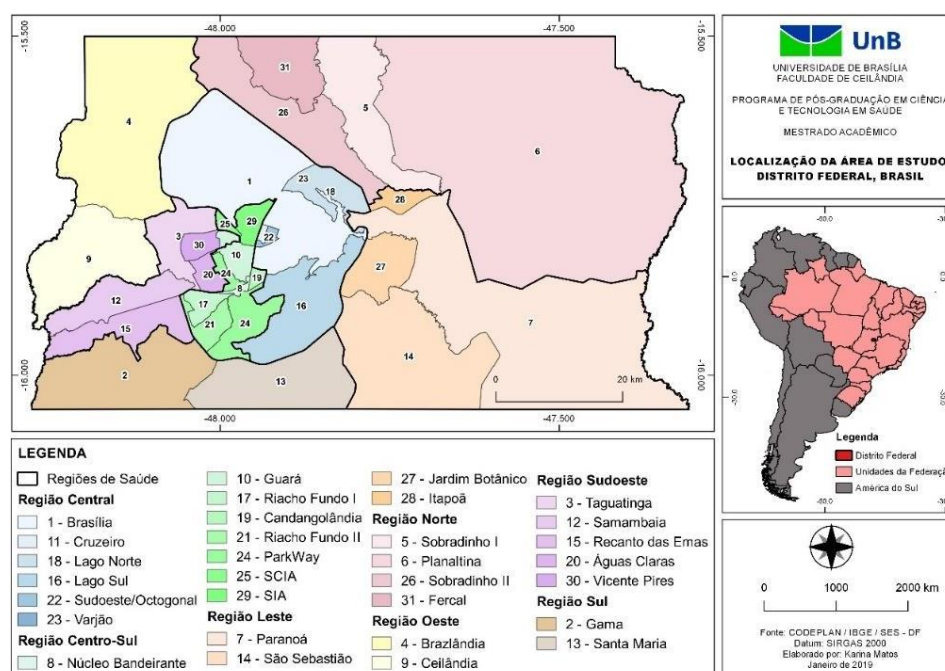
Existem três tipos de estudos de caso, sendo eles: (i) estudo de caso intrínsecos, que são aqueles em que o caso constitui o próprio objeto de pesquisa, sendo justificada a sua utilização em casos únicos ou extremos, (ii) estudos de caso instrumentais, são aqueles cujo propósito é auxiliar no conhecimento do problema ou desenvolvimento de alguma teoria, usualmente utilizando dentre quatro a dez casos e (iii) estudos de casos coletivos, são aqueles que investigam características populacionais, acreditando-se que seus produtos aprimoram os conhecimentos já existentes acerca do universo a que pertencem os indivíduos investigados⁽⁶⁰⁾.

Frente ao exposto, justifica-se a utilização de estudo de caso intrínseco, haja vista a sua similaridade metodológica com os interesses de pesquisa que, dizem respeito ao conhecimento aprofundado sobre o processo de regionalização em um local específico, tornando-se um caso atípico e com limitada descrição existente na literatura científica até o momento.

4.2. Local do Estudo

Este estudo de caso foi realizado no Distrito Federal, Brasil. A República Federativa do Brasil divide-se entre Municípios, Estados e Distrito Federal. O Distrito Federal foi territorialmente dividido inicialmente pela Lei nº 4.545/1964 em oito Regiões Administrativas, a saber: Plano Piloto, Paranoá, Jardim, Planaltina, Sobradinho, Brazlândia, Taguatinga e Gama. Posteriormente, para atender a interesses políticos e administrativos, essas regiões foram subdivididas, chegando à sua última atualização em 31 Regiões Administrativas em 2016⁽⁶¹⁾. Atualmente, divide-se em sete regiões de saúde (Fig. 1).

Figura 1 - Localização das Regiões de Saúde Distrito Federal, Brasil, 2019.



Fonte: AGR/SESDF e Codeplan, 2018.

As RA's são conhecidas popularmente por Cidades Satélites¹. Ressalta-se que a denominação oficial adotada pela Lei Orgânica do Governo do Distrito Federal é Região Administrativa⁽⁶²⁾, e integram o Governo do Distrito Federal (GDF), sendo os Administradores Regionais escolhidos pelo Governador. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do DF, em 2017, ultrapassou 3 milhões de habitantes⁽⁶⁰⁾.

¹ Cidades Satélites, são aquelas que circundam uma cidade mais abrangente, possuindo características urbanas distintas⁽⁶¹⁾.

As RA's mais populosas são, respectivamente, Ceilândia, Samambaia, Plano Piloto, Taguatinga e Planaltina. A população infantil concentra-se em 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 e de classe média e alta⁽⁶¹⁾.

No que diz respeito ao quesito raça/cor, 52,2% da população do Distrito Federal 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%)⁽⁶¹⁾.

O salário médio mensal no Distrito Federal 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). O saneamento básico do Distrito Federal é caracterizado por 98,1% das residências com abastecimento de água potável e 85,5% dos domicílios da zona urbana atendidos pelo serviço de esgotamento sanitário, fatores diretamente relacionados a condicionantes e determinantes sociais da saúde⁽⁶¹⁾.

Além da população do Distrito Federal, 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⁽⁶³⁾.

4. 3. Etapas da Pesquisa:

Seguiu-se da análise de instrumentos normativos e decisórios que orientaram o processo de regionalização da saúde no Distrito Federal de 1990 a 2018, caracterização das regiões de saúde face a capacidade instalada de recursos humanos e estruturais da rede de serviços de saúde até a identificação e bem como da descrição deste processo situando as instâncias, atores e mecanismos envolvidos em 2018.

4.4. Fontes de Dados:

Foram utilizadas fontes de dados variadas que vão desde a coleta documental, dados públicos de localização de serviços, até a participantes de pesquisa.

4.4.1. Caracterização das Regiões de Saúde segundo a capacidade instalada de serviços públicos de saúde:

O Mapa da Saúde descreve geograficamente a distribuição de recursos humanos, ações e serviços ofertados pelo SUS e também pelo setor privado, considerando três componentes: capacidade instalada, investimentos e desempenho segundo indicadores. Este estudo considerará o componente da capacidade instalada de serviços para caracterizar as Regiões de Saúde do Distrito Federal⁽⁶⁴⁾.

Para caracterizar as Regiões de Saúde segundo a capacidade de serviços de saúde instalada, as fontes de dados foram: (i) os Acordos Regionais de Saúde do Distrito Federal de cada uma das sete Regiões de Saúde do Distrito Federal e (ii) Quantitativo de Profissionais de Saúde da SESDF em 2018 (ambos obtidos por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC), disponível em: (<https://www.e-sic.df.gov.br/Sistema/>), o (iii) Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal em vigência (disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/03/Lista_Servicos_Saude_Mental.pdf), a (iv) listagem atualizada de Conselhos Regionais de Saúde foi obtida por meio do Conselho de Saúde do Distrito Federal, mediante o contato existente no *site* oficial da SESDF (disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/conselho-de-saude-expediente/>), a (v) relação de Unidades Básicas de Saúde da SES/DF em junho de 2018 (obtida por meio do <http://salasit.saude.df.gov.br/mapa-unidades-basicas-de-saude-ubs/>) e (vi) os dados das Unidades Hospitalares e Unidades de Referência Distrital – URD (disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/hospitais/>).

4.4.2. Identificação e Caracterização de instrumentos normativos e decisórios:

O segundo objetivo de pesquisa objetivou identificar e caracterizar os instrumentos normativos e decisórios que orientaram e orientam o processo de regionalização em saúde. A fonte de dados referiu-se ao Diário Oficial do Distrito Federal (disponível em: <<https://www.dodf.df.gov.br/>>).

4.4.3. Descrição do processo de regionalização da saúde em 2018:

O processo de regionalização no Distrito Federal em 2018 foi descrito considerando as instâncias envolvidas e os mecanismos de operacionalização do referido processo adotados nas Superintendências Regionais de Saúde (SRS) utilizou-se de entrevista semiestruturada com participantes de pesquisa como informantes qualificados.

4.4.3.1 Participantes de pesquisa:

Os participantes foram selecionados de forma intencional. Entrevistou-se seis, dentre os sete Superintendentes Regionais de Saúde em efetivo exercício na gestão dos serviços e ações de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com a suposição de que estes gestores possuíam notória experiência e seriam informantes qualificados para estudar o processo de regionalização em saúde no Distrito Federal.

Os critérios de Inclusão foram: aceitar participar voluntariamente da entrevista semiestruturada, seguido da condição de estar em pleno exercício na funções e atividades de superintendente regional de saúde dentre as sete regiões de saúde do Distrito Federal. Os critérios de exclusão foram: não estar em exercício pleno das atribuições de superintendentes regionais de saúde, não aceitarem a gravação da entrevista, não ter respondido positivamente o convite no tempo previsto para coleta (dezembro de 2018) e por fim, não puderem disponibilizar entre 30 a 60 minutos para a realização da entrevista.

No que se refere aos riscos aos participantes havia três possibilidades: (i) eventual constrangimento ao participante por ter que dissertar e opinar aprofundadamente sobre a temática de regionalização, (ii) o temor de que as informações cedidas possam servir para classificação das Regiões de

Saúde, prejudicando as suas atividades enquanto gestores e colocando as superintendências em processo de disputa e (iii) na interpretação equivocada, por parte do pesquisador, do que queiram informar.

Para superar estes riscos, pensou-se em tomar algumas medidas, a saber: muni-los de todas as informações, suprindo as dúvidas que os participantes possam ter sobre os objetivos do estudo, resguardando sobretudo eticamente o anonimato e confidencialidade das informações prestadas e submeter as entrevistas coletadas, após transcritas na íntegra, a outros pesquisadores envolvidos com a pesquisa, objetivando superar ruídos de informação e fornecer o devido retorno de resultados aos participantes.

No que se refere aos benefícios, destacam-se: dispor de um levantamento atualizado sobre o processo de regionalização no Distrito Federal, que possam servir de subsídios para a implementação das mudanças necessárias à sua concretização. Contribuir para a compreensão do processo de regionalização em saúde no Distrito Federal, consciente dos necessários avanços, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades das superintendências regionais de saúde.

4.5. Coleta de Dados:

O primeiro momento de coleta referiu-se aos dados para a análise espacial de caracterização das Regiões de Saúde do Distrito Federal, o segundo momento à identificação de instrumentos normativos e decisórios que nortearam a regionalização, seguido do terceiro momento que descreveu e analisou o processo de regionalização no Distrito Federal em 2018, considerando as instâncias envolvidas e os mecanismos de operacionalização adotados.

Para a caracterização das Regiões de Saúde do Distrito Federal foram solicitados à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), os dados que constam no Acordo de Gestão Regional (AGR), assinado pelos Superintendentes Regionais de Saúde de cada uma das sete Regiões de Saúde do Distrito Federal, por meio do e-S/C, sob o protocolo de nº 00060.000292/2018-11 (ANEXO I).

A coleta de dados sobre o quantitativo de profissionais de saúde ativos por nível de atenção à saúde também ocorreu por meio do e-S/C, sob o protocolo nº 00060000412201872 (ANEXO II). A coleta de dados referente à Rede de

Atenção Psicossocial ocorreu por meio do *download* de arquivos referentes ao Plano Diretor de Saúde Mental e listagem de Centro de Apoio Psicossocial do Distrito Federal disponíveis no sítio oficial da SESDF. Quanto aos dados sobre os Conselhos Regionais de Saúde, solicitou-se por meio de *e-mail* público disponível na página da SESDF. Obteve-se retorno ao *e-mail* enviado com a listagem anexada.

Para a coleta dos instrumentos normativos e decisórios, consultou-se primeiramente os instrumentos normativos e decisórios que norteiam o processo de regionalização no Diário Oficial do Distrito Federal (DODF). Buscou-se os descritores “*regionalização*”, “*Plano Diretor de Regionalização*” e a sigla “*PDR*”. A busca consistiu no tipo “contexto” da palavra/termo/sigla com início em 01/01 e final em 30 e 31/12, a depender do ano pesquisado (1990 a 2018). Por instrumentos normativos e decisórios, compreendeu-se: Decreto; Decreto-Lei; Instrução Normativa; Lei; Medida Provisória; Norma Operacional; Portaria; Portaria Conjunta; Portaria Interministerial; Recomendação, Ordem de Serviço, Resolução e Atas.

Realizou-se o *download* de todos os instrumentos normativos e decisórios que tivessem os descritores em seu conteúdo. Após salvá-los, todos foram lidos e para a seleção foram considerados os critérios de inclusão e exclusão. Esse processo foi operacionalizado por meio de uma matriz de coleta em que constavam as variáveis “ano” e “tipo de documento” e “conteúdo”. Em uma planilha *Excel* agrupou-se os dados dos quantitativos de documentos encontrados divididos pelo ano de ocorrência e número absoluto e relativo para as inferências estatísticas.

Foram excluídos da coleta os documentos que abordavam regionalização do turismo, que apresentavam os descritores fora de contexto ou que estivesse inserido em referências bibliográficas de editais, e ainda que se tratou de suplementação orçamentária, mas sem relação direta com o processo de regionalização em saúde. Compuseram os critérios de exclusão também os documentos duplicados.

A técnica de coleta de dados utilizada para a descrição o processo de regionalização da saúde no Distrito Federal foi entrevista semiestruturada. A entrevista é uma forma de busca por informações frente a frente a um entrevistado, podendo ser entendida como uma conversa orientada para um

objetivo, sendo este objetivo situado pelo pesquisador (65).

Uma das características da entrevista semiestruturada é a elaboração prévia de um roteiro (APÊNDICE I). O roteiro teve como função principal auxiliar o pesquisador a conduzir a entrevista para o objetivo pretendido além de auxiliar na organização e coleta de dados, subdividindo-se em três dimensões, sendo a primeira relacionada ao perfil dos entrevistados.

A realização das entrevistas, ocorreu segundo preceitos éticos estabelecidos. Fez-se convite aos participantes de pesquisa por meio de contato telefônico explicando os objetivos do estudo, esclarecendo as dúvidas existentes e situando a coparticipação da SESDF no estudo (APÊNDICE II). Os contatos institucionais dos participantes de pesquisa foram obtidos por meio da informação existente sobre cada Superintendência Regional de Saúde no portal da SESDF.

Após aceitação do convite para participar, prosseguiu-se com agendamento para a realização da entrevista. Foi garantida a realização da entrevista em ambiente adequado, seguro e que prevalecesse a confidencialidade dos dados coletados. No momento de realização da entrevista, foi entregue ao participante de pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE III) e o termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa (APÊNDICE IV), ficando uma cópia com o participante de pesquisa e uma com o pesquisador, assinada por ambos. A entrevista teve duração média de realização de 30 minutos. A entrevista foi gravada utilizando um gravador de voz e posteriormente degravada.

4.6. Técnicas de Análise dos Dados:

A interpretação dos dados coletados em um estudo de natureza qualitativa é a principal etapa dos projetos de pesquisa⁽⁶⁶⁾. Trata-se de um estudo primário de natureza qualitativa, com a abordagem do processo de regionalização em saúde no distrito federal. Estudos de natureza qualitativa são capazes de identificar a riqueza de significados e a possibilidade de enumeração dos fatos como qualidade do indivíduo e do coletivo⁽⁶⁷⁾.

4.6.1. Usos da análise espacial e do geoprocessamento:

A técnica utilizada para análise dos dados da caracterização da rede de serviços de saúde foi a análise espacial e geoprocessamento, apoiado por meio do uso do *software* “*QGIS 2.18.25 ‘Las Palmas’*”, de domínio público. Os mapas coropléticos foram graduados por quebras claras. Geoprocessamento é um conjunto de tecnologia de coleta, tratamento, manipulação e apresentação de informações espaciais voltados para um objetivo específico⁽⁶⁸⁾.

Analisar uma região para fins de zoneamento assistencial e de serviços de saúde, entende-se como necessária a utilização das técnicas de análise espacial. A ênfase da análise espacial é mensurar propriedades e relacionamentos, considerando a localização do fenômeno de forma explícita⁽⁶⁹⁾.

Para o georreferenciamento dos dados utilizou-se do mosaico de ortofoto do ano de 2015, disponibilizado pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), associado bases territoriais vetoriais (shp) referentes às Regiões Administrativas, quadras, conjuntos e lotes ocupados de autoria da Secretaria de Estado de Gestão do Território e Habitação do Distrito Federal (SEGETH).

Georreferenciamento pode ser conceituado como o processo de associação desse dado a um mapa e pode ser efetuado de três formas: associação a um ponto, a uma linha ou a uma área⁽⁷⁰⁾ enquanto que os mosaicos de ortofotos são fotos aéreas corrigidas geometricamente.

A Codeplan disponibiliza mosaicos de ortofotos do Distrito Federal dos anos de 2009, 2013, 2014 e 2015, podendo ser encontradas *online* em:

<<http://ortofoto.mapa.codeplan.df.gov.br/demo/tms>>.

Para a delimitação das Regiões de Saúde adotou-se a divisão existente nos Decretos nº 37.515/2016 e 38.982/2018 e na divisão proposta pela Sala de Situação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em junho de 2018. Os hospitais foram categorizados entre Hospitais Gerais, Unidades de Referência Distrital (UDR) e Unidades de Referência Assistencial.

4.6.2. Usos da análise de conteúdo, lexicográfica e *Iramuteq*:

A análise da identificação dos instrumentos normativos e decisórios que orientaram o processo de regionalização da saúde foi conduzida em acordo com os três polos cronológicos situados por Bardin⁽⁷¹⁾, sendo eles:

1. **Pré-análise:** consistiu na fase da organização e sistematização das ideias. Foi nesse momento de pré-análise que se selecionou os instrumentos normativos e decisórios a serem submetidos a análise considerando os critérios de inclusão e exclusão e a formulação das hipóteses que fundamentaram a interpretação final;
2. **Exploração do material coletado:** após pré-analisados, os instrumentos normativos e decisórios foram lidos integral e exhaustivamente para que pudessem ser inclusos e preparados para a análise.
3. **Tratamento dos resultados, seguido da interpretação:** tratou-se do aprimoramento dos resultados brutos obtidos que foram desde operações estatísticas simples (porcentagens e algoritmos), até as mais complexas (análise fatorial), permitindo apresentação de quadros, diagramas e figuras (nuvens de palavras, Classificação Hierárquica Descendente). Foram propostas inferências e interpretações de acordo com os objetivos pretendidos ou ainda que se relacionassem com resultados inesperados sobre o processo de regionalização em saúde no Distrito Federal.

A partir da matriz de seleção e análise, foram selecionados os documentos que apresentavam ao menos um descritor/palavra-chave em seu conteúdo. As palavras-chaves encontradas nos documentos foram copiadas juntamente ao contexto em que estavam inseridas. O documento não foi submetido integralmente ao *software* por dois motivos: (i) para garantir fidelidade e segurança analítica o *software* limita o quantitativo de textos a serem submetidos às análises, dos quais os manuais preconizam um número de 20 a 30 textos por análise e (ii) poder gerar confusão e poluição analítica devido o conteúdo diversificado que os documentos possuem por se tratar de diário oficial.

A etapa seguinte reuniu os documentos em um *corpus* textual, de acordo com a formatação exigida pelo *software*. Com o auxílio do *software* de domínio público, denominado *Iramuteq* (disponível em <<http://iramuteq.org/>>), foi

possível fazer a análise lexicográfica do conteúdo desses documentos.

A análise lexicográfica incide na classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos, ou seja, dá-se importância às palavras e os seus sentidos no texto⁽⁶⁸⁾.

O *software* utiliza as palavras como unidade de contagem, listando-as e calculando a frequência de ocorrência no texto, a fim de se ter uma primeira ideia do vocabulário utilizado. Para simplificar, é possível inserir comandos que possibilitam desconsiderar sufixos gramaticais e reduzir as palavras a sua raiz, desse modo e como exemplo, as palavras “*regionalização*”, “*regionalizada*”, “*região*”, “*regional*” serão reduzidas à palavra base “*regi*”.

Inicialmente foi realizada a análise lexicográfica básica, que abrange sobretudo a lematização e o cálculo de frequência de palavras; análises multivariadas por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e análise pós-fatorial de correspondência⁽⁷²⁾. Lematização é um termo utilizado pelo *software* e aproxima-se do significado de lexicografia.

A CHD produz uma separação categorizada de palavras com uma informação estatística, gerando um *corpus textual*² que apresenta os fragmentos de texto que justifiquem a categoria por ele instituída. Os resultados extrapolam a técnica lexicográfica e parte para a análise categorizada, que consiste na operação de classificação de elementos estruturantes de um conjunto e em seguida por agrupamento segundo o gênero⁽⁶⁸⁾.

A categorização é um processo estruturalista e engloba o isolamento de elementos e a imposição de organização às mensagens. Faz-se necessária nesse momento a capacidade analítica do pesquisador para interpretar os resultados obtidos com o uso do *software*, fundamentado teoricamente e atento às potencialidades e limitações dos usos da informática que podem ser sanados pela aproximação com os documentos analisados⁽⁷¹⁾.

4.6.2.1. Utilização de softwares para análise qualitativa:

Pesquisadores internacionais destinam grande importância a este tema em seus estudos^(69, 70, 71). Reconhece-se que os *softwares* possuem limitações, necessitando que o analista/pesquisador realize operações prévias. O consenso

² *Corpus textual* é conjunto de textos e que constitui o corpus de análise (72).

nesse sentido é de que em algum momento da utilização informatizada, será necessária a intervenção manual por parte do pesquisador. As consequências comuns sobre o uso de *softwares* são a agilidade na obtenção de resultados, um acréscimo rigoroso na organização prévia de dados, dada a recusa do *software* às ambiguidades e a necessidade expressiva de considerar as regras de inferência⁽⁶⁷⁾.

4.6.3. A Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Por meio de entrevista semiestruturada, gravação e de gravação foi possível descrever o processo de regionalização em saúde no Distrito Federal. Para análise, utilizou-se a análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Desenvolvido por Lefevre e Lefevre em 1990, o DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos e tem como fundamento a teoria da Representação Social^(73,74).

A teoria das representações sociais se refere aos esquemas entendidos como formas de conhecimentos socialmente elaborados⁽⁷⁴⁾. Estes esquemas originam-se de depoimentos/entrevistas individuais. Os discursos individuais são agrupados em discursos-síntese redigidos na primeira pessoa do singular, de modo a configurar um sujeito coletivo portador de uma opinião socialmente construída⁽⁷⁴⁾.

A metodologia do DSC envolve a análise de materiais verbais que constituem seu principal produto, extraindo-se de cada um deles as ideias centrais ou ancoragens a partir da síntese a que se referem. Por meio das ideias centrais/ancoragens e expressões-chave correspondentes, compõem-se um ou vários discursos síntese. Esses discursos síntese constituem os discursos do sujeito coletivo⁽⁷⁵⁾.

4.7. Período de Análise:

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, o sistema de saúde foi regulamentado por leis orgânicas no ano de 1990. Por esse motivo, intencionou-se descrever o processo de regionalização a partir desse ano (1990) até o ano de coleta de dados (2018). Apesar do estudo compreender o período de 1990 a 2018, os documentos estiveram disponíveis a partir de 2001, no entanto para atender o critério de inclusão de documentos do estudo foi

considerado o período de 2002. Por fim, para a identificação e descrição dos instrumentos normativos e decisórios o período considerado foi de 2002 a 2017. Por meio da participação dos superintendentes, descreveu-se o processo de regionalização em saúde no ano de 2018.

4.8. Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi realizada em acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE), bem como o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) aprovaram a realização do estudo sob o CAAE nº 84181518.6.0000.8093 e parecer nº 2.766.186 (CEP/FCE) e CAAE nº 84181518.6.3003.5553 e parecer nº 2.988.629 (CEP/FEPECS), disponibilizados integralmente por meio do ANEXO III e ANEXO IV.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Os resultados do estudo foram apresentados em três dimensões. A Dimensão I identifica e caracteriza os instrumentos normativos e decisórios que orientaram o processo de regionalização da saúde no período selecionado. A Dimensão II apresenta a caracterização da capacidade instalada das Regiões de Saúde do Distrito Federal e, por fim, pela Dimensão III que descreve o processo de regionalização da saúde em curso no Distrito Federal.

DIMENSÃO I – Descrição quantitativa e análise de conteúdo dos instrumentos normativos e decisórios do processo de regionalização da saúde no Distrito Federal, 1990 a 2018:

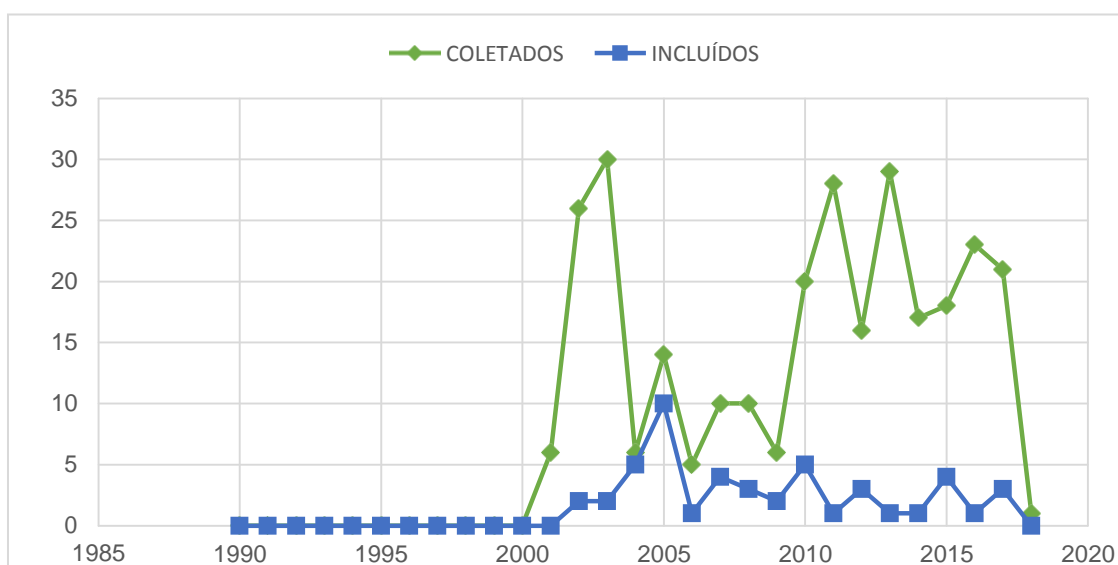
5.1. Identificação dos instrumentos normativos e decisórios que orientaram o processo de regionalização no Distrito Federal:

A busca pelo descritor “*regionalização*”, “*Plano Diretor de Regionalização*” e “*PDR*”, resultou na coleta de 286 documentos, dos quais 48 (16,8%) atenderam aos critérios de inclusão e 238 (83,2%) foram excluídos. Como os documentos

disponibilizados dataram de 2001 a 2018, não foram levados em conta os anos anteriores (Gráfico 1).

Embora a regionalização seja uma diretriz que deve ser efetivada desde a concepção do SUS (1990), em 2015, analisou-se o processo de regionalização em saúde, considerando a atuação da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso frente ao tema no período de 2006 a 2011⁽⁵⁸⁾.

Gráfico 1. Instrumentos normativos e decisórios de regionalização da saúde no Distrito Federal no período de 1990 a 2018.



Fonte: Diário Oficial do Distrito Federal, setembro de 2018.

Observe que um maior quantitativo de documentos que atenderam aos critérios de busca foi disponibilizado no ano de 2003, 2010, 2013 e 2016. No que se refere aos documentos incluídos, os anos de maior frequência foram 2005, 2010, 2012 e 2015.

As exclusões ocorreram, em sua grande maioria, devido ao fato dos documentos referirem-se a abertura de crédito suplementar e processo de regionalização em outras áreas, como por exemplo o turismo. No ano de 2003, houve uma expressiva coleta, mas esta não foi acompanhada pela inclusão pelo fato de não se relacionar ao setor saúde. O mesmo ocorreu para os anos de 2010, 2013 e 2015. Segundo a análise de conteúdo, foi possível inferir destaque a três normativas, a saber: a Ordem de Serviço nº 05, de 25/04 de 2005, a Deliberação nº 09, de 02/12 de 2009, do Colegiado de Gestão e a Portaria nº 83, de 28/05 de 2010, da SESDF (APÊNDICE V).

Enquanto que para a Ordem de Serviço 05/2005 coube a operacionalização da rede regionalizada e hierarquizada por meio da Central de Marcação de Consultas do Complexo Regulador do Distrito Federal, à Deliberação 09/2009 coube instituir as Câmaras Técnicas Permanentes do Colegiado de Gestão. A Portaria nº 83/2010 regulamentou o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde - PDPAS.

A Tabela 1 aborda a descrição quantitativa dos instrumentos normativos.

Tabela 1. Número absoluto e porcentagem de instrumentos normativos e decisórios sobre regionalização da saúde no Distrito Federal, coletados, incluídos e excluídos no período de 1990 a 2018.

ANO	Coletados		Incluídos		Excluídos	
	N	N	%	N	%	
De 1990 até 2000	0	0	0	0	0	
2001	6	0	0	6	2,53	
2002	26	2	4,17	24	10,13	
2003	30	2	4,17	28	11,81	
2004	6	5	10,42	1	0,42	
2005	14	10	20,83	4	1,69	
2006	5	1	2,08	4	1,69	
2007	10	4	8,33	6	2,53	
2008	10	3	6,25	7	2,95	
2009	6	2	4,17	4	1,69	
2010	20	5	10,42	15	6,33	
2011	28	1	2,08	27	11,39	
2012	16	3	6,25	12	5,06	
2013	29	1	2,08	28	11,81	
2014	17	1	2,08	16	6,75	
2015	18	4	8,33	14	5,91	
2016	23	1	2,08	22	9,28	
2017	21	3	6,25	18	7,59	
2018	1	0	0	1	0,42	
TOTAL	286	48	100	237	100	

Fonte: elaboração própria do autor.

Nota-se que o ano de 2005 representou o ano em que uma maior base legal de documentos foi incluída na análise (20,83%), de acordo com o objetivo pretendido, seguido pelos anos de 2004 e 2010 (10,42%) respectivamente. Em 2005, foi possível evidenciar expressiva atividade que relacionou a regulação assistencial do sistema de saúde do Distrito Federal ao processo de

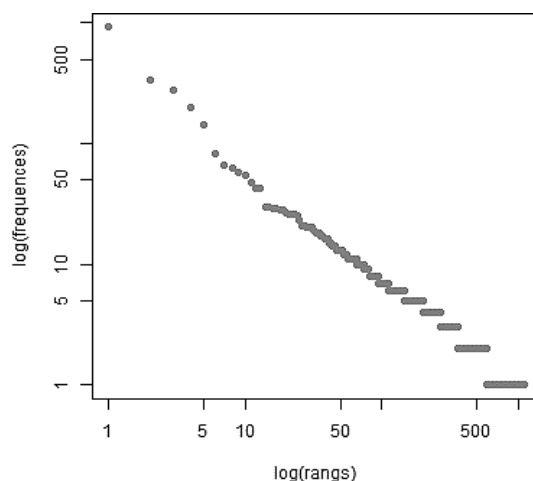
regionalização por meio de ordens de serviços diversas. Nesse período as Coordenações de Organização e Regulação Assistencial (CORAS) foram implantadas, cujas sedes eram as Plataformas Regulatórias e Unidades Referenciais em cada Região de Saúde que constavam no Plano Diretor de Regionalização do SUS/DF.

Esperava-se encontrar um maior registro de documentos a partir do ano de 2006, ano em que foi institucionalizado no SUS a Portaria Ministerial nº 399, conhecida como Pacto pela Saúde. Entretanto, evidências de estudos anteriores concluíram que institucionalmente, a política de saúde adotada por Secretarias de Saúde no período anterior ao Pacto foi favorável à regionalização⁽⁵⁸⁾, o que corrobora para determinar a existência do processo em efetivação no Distrito Federal antes da promulgação da referida normativa, mas com limitações de ausência de informações sistematizadas e detalhadas sobre a sequência de eventos, como visto em outros estudos⁽⁵⁷⁾.

5.2. Análise lexicográfica e caracterização dos instrumentos normativos e decisórios de regionalização da saúde:

A análise estatística dos instrumentos normativos e decisórios (Fig. 2) resultou em 1,097 formas (palavras e vocabulários), com número de hápax de 512 (9,12%) referentes ao total de número de ocorrências, que se referiu ao $n=5,613$.

Figura 2 - Estatística descritiva textual das normativas sobre regionalização em saúde no Distrito Federal, no período de 2002 a 2017.



Fonte: *Corpus* processado em *Iramuteq* versão 0.7 *alpha* 2.

Este é um resultado comum às análises obtidas pelo uso do *software*, e relaciona-se à estatística descritiva textual. A explicação consiste em número de aparições de formas e palavras, em acordo com a análise lexicográfica. No eixo *log (frequences)* situam-se as palavras que aparecem poucas vezes no agrupamento dos textos. No eixo *log (rangs)*, apresentam-se as palavras que aparecem muitas vezes no texto. As palavras que mais se destacaram por conta da frequência de ocorrência foram: *saúde* (n=66), *considerar* (n=63), *Distrito Federal* (n=55) e *regionalização* (n=42).

De acordo com o contexto do estudo, o resultado esperado foi confirmado em que as palavras “*saúde*” e “*regionalização*” aparecessem com frequência, acompanhada da palavra “*Distrito Federal*” que se refere ao local do estudo.

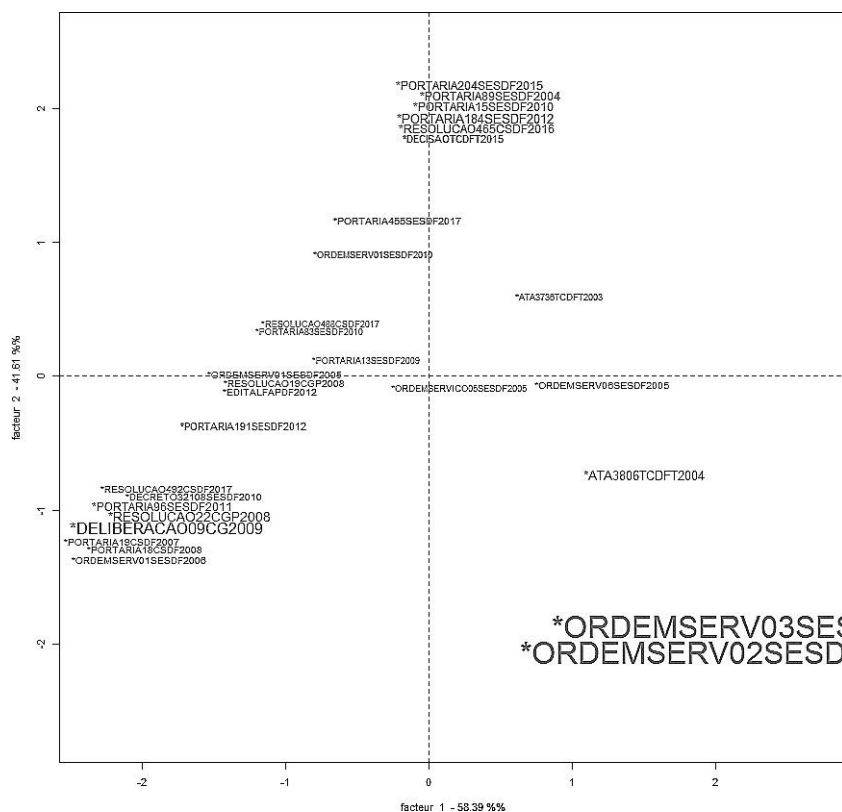
O surgimento da palavra “*considerar*” evidencia que a regionalização surge com maior frequência nos marcos regulatórios dos documentos e em menor registro nos itens que versam sobre as decisões que o documento se refere, ou seja, a palavra regionalização, bem como o seu contexto, surge como um item considerado nos documentos, mas com pouca determinação em relação a implantação e implementação do processo de regionalização.

Ainda se tratando da frequência estatística das palavras, evidencia-se que a primeira palavra com um único registro (denominada de *hápax*), foi “NOAS 01/2001”, em referência a Norma Operacional de Assistência à Saúde, publicada no ano de 2001. A NOAS surge após o esgotamento das Normas Operacionais Básicas (NOB) que teve quatro edições⁽⁷⁶⁾.

A NOAS reforçou a atenção básica como parte imprescindível de um conjunto de ações necessárias para o atendimento dos problemas de saúde da população⁽⁷⁷⁾, indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde e indutora da reorganização do SUS. Nesse mesmo documento estabelece um processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, expressas em um Plano Diretor de Regionalização (PDR), causando estranhamento ao ser mencionada uma única vez.

A Figura 3 apresenta o resultado referente a inserção dos instrumentos normativos em um plano fatorial. O plano fatorial evidencia a aproximação e distanciamento entre os conteúdos dos documentos, ainda que tenham a regionalização em saúde como uma característica comum a todos.

Figura 3. Plano fatorial das normativas sobre regionalização em saúde no Distrito Federal, no período de 2002 a 2017.



Fonte: *Corpus* processado em *Iramuteq* versão 0.7 alpha 2

Dentre todas as normativas analisadas, resulta-se no surgimento da Ordem de Serviço 05/2005 ao centro do plano fatorial, isso significa que esta normativa tende a abordar, em algum momento, conteúdo semelhante às demais normativas. A Ordem de Serviço 05/2005 caracteriza-se pelas atividades da Central de Marcação de Consultas do Complexo Regulador do Distrito Federal, em que o sistema de saúde opera por meio de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços de saúde, levando em conta as diferenças de capacidade instalada entre as Regiões de Saúde e a oportunidade do acesso a despeito da proximidade geográfica.

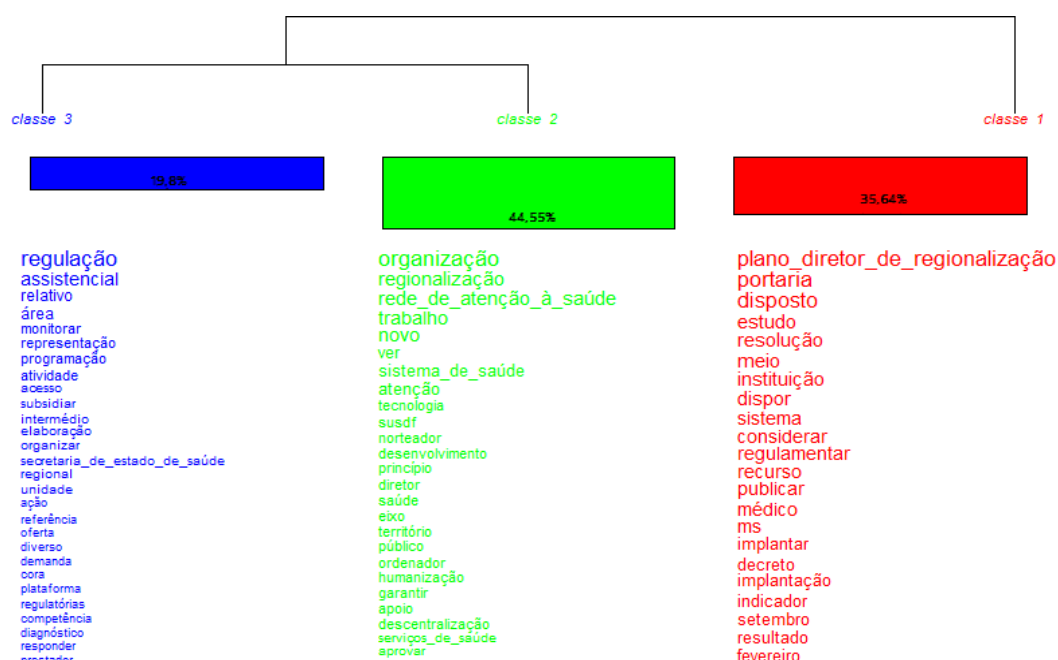
Também ao centro do plano fatorial encontra-se a Portaria nº 13/2009, a Portaria 83/2010, Portaria 191/2012, Portaria 455/2017 e ainda a Resolução nº 488/2017 do Conselho de Saúde do Distrito Federal, cujos conteúdos estão delineados em outro momento do estudo (APÊNDICE V). No que se refere ao distanciamento de normativas, resulta-se no destaque dado a “Ordem de Serviço nº 02/2005” (localizada no plano fatorial inferior

direito), “Ordem de Serviço 01 de 2006” (localizada no plano fatorial inferior esquerdo), e “Portaria nº 204/2015” (localizada no plano fatorial superior).

5.2.1. Detalhamento da Classificação Hierárquica Descendente – CHD dos instrumentos normativos sobre regionalização da saúde:

O *corpus* textual geral foi constituído por 48 textos, separados em 155 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 111 segmentos (71,61%). Reteve-se 34.703 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos). O conteúdo retido foi descrito em duas categorias de análise e três classes (Fig. 4).

Figura 4 - Classificação Hierárquica Descendente do conteúdo dos instrumentos normativos e decisórios sobre regionalização da saúde no período de 2002 a 2017.



Fonte: *Corpus* processado em *Iramuteq* versão 0.7 alpha 2.

A primeira categoria incluiu a Classe 1 (35,6%), e a segunda categoria agrupou a Classe 2 (44,5%) e Classe 3 (19,8%). Juntas essas duas classes (2 e 3) representam 64,3% do conteúdo retido e categorizado. Após leitura exaustiva dos segmentos de texto disponibilizados por meio do *corpus textual* do *software*, denominou-se a categoria que incorpora a Classe 1 de “Operacionalização da Regionalização em Saúde” e a categoria que agrega a Classe 2 e 3 de “Delimitação da Regionalização em Saúde”.

A Classe 1 foi denominada de “Integralidade, Organização e Regulação Assistencial compatíveis com o Plano Diretor de Regionalização”, onde nota-se destaque à palavra “Plano Diretor de Regionalização” no dendograma (Fig. 4). A Classe 2 foi denominada de “Conceito, Configuração e Integração de Programas, Diretrizes e Modelo de Gestão e Atenção relacionados à regionalização em saúde” e a Classe 3 de “Competências e Coordenação da Gestão de Regulação e das Redes de Atenção à Saúde”.

Categoria 1: Operacionalização da Regionalização em Saúde, Classe 1: Integralidade, Organização e Regulação Assistencial compatíveis com o Plano Diretor de Regionalização:

Trecho 1 extraído da Portaria 13/2009: “[...] *Entende a integralidade da assistência como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos individuais e coletivos considerando o disposto na Portaria nº 699 GM de 30 de março de 2006*”.

Trecho 2 extraído da Resolução 488/CSDF/2017: “[...] *Considerando o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde o planejamento de saúde a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências*”.

Trecho 3 extraído da Portaria 83/2010: “[...] *Regulamenta o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS), instituído pelo Decreto nº 31.625, de 29 de abril de 2010, considerando a necessidade de regulamentar o Descentralização Progressiva de Ações de Saúde no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal*”.

Trecho 4 extraído da Ordem de Serviço 05/2005: “[...] *Considerando que a Coordenação Geral de Gestão da Regulação das Redes Assistenciais foi implantada no âmbito da SESDF com a finalidade de operacionalizar o agendamento das consultas provenientes da Atenção Básica para a Atenção Especializada através do Complexo Regulador da SESDF utilizando como sistema informacional o SISREG/DATASUS*”.

Categoria 2: Delimitação da Regionalização em Saúde, Classe 2: Conceito, Configuração e Integração de Programas, Diretrizes e Modelo de Gestão e Atenção relacionados à regionalização em saúde:

Trecho 1 extraído da Ata 3.736 do TCDFT/2003: “[...] Ademais cumpre salientar que a Constituição Federal ao tratar de regionalização se refere a macrorregiões nacionais as quais têm suas fronteiras muito mais facilmente delimitadas para fins de intervenção pública do que as diversas regiões administrativas do Distrito Federal, [...] assim sendo e na atual impossibilidade conceitual metodológica e sistêmica de lhe conferir tratamento mais adequado se entende que os objetivos e diretrizes estabelecidos no Plano Plurianual por órgãos governamentais são válidos para todas e para cada uma das Regiões Administrativas”.

Trecho 2 extraído da Portaria 13/2009: “[...] A organização de redes integradas regionalizadas de saúde considerando o disposto na segunda do eixo de atenção à saúde do Programa Mais Saúde, [...] que visa implementar um vigoroso investimento para alterar a configuração das redes de atenção à saúde no espaço nacional considerando os itens da cláusula segunda do termo de compromisso de gestão do Distrito Federal”.

Trecho 3 extraído da Portaria 455/2017: “[...] Considerando o Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016, que institui o Programa de Gestão Regional da Saúde para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital da rede pública de saúde do Distrito Federal com vistas ao desenvolvimento da atenção integral à saúde [...]”.

Trecho 4 extraído da Resolução 390/2012 do Conselho de Saúde do Distrito Federal: “[...] Estabelecer diretrizes e critérios operacionais para garantir o acesso universal às ações de promoção proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços no âmbito do sus sob a diretriz da hierarquização e regionalização da oferta e demanda de serviços conforme o princípio da equidade”.

Categoria 2: Delimitação da Regionalização em Saúde, Classe 3: Competências e Coordenação da Gestão de Regulação e das Redes de Atenção à Saúde:

Trecho 1 extraído da Ordem de Serviço 03/2005: *“definir, estruturar, efetivar e dirigir o Complexo Regulador da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal propor programas projetos e ações de regulação assistencial que intermedeiem a demanda e o acesso dos usuários por serviços de saúde, [...] assessorar as unidades da SESDF nos assuntos de regulação do acesso assistencial coordenar as representações regionais da regulação nas diversas plataformas regulatórias e unidades referenciais em regulação assistencial subsidiar a organização e redimensionamento da oferta assistencial”*.

Trecho 2 extraído da Ordem de Serviço 03/2005: *“[...] Subsidiar a elaboração e manutenção dos aspectos regulatórios do Plano Diretor de Controle, Regulação e Avaliação da SESDF, organizar e viabilizar a assistência integral e a disponibilização de alternativas assistenciais que respondam às necessidades individuais e coletivas, [...] monitorar as ações de programação contratualização regionalização e descentralização da assistência que sejam consoantes à regulação assistencial enquanto processo de atenção à saúde monitorar as atividades relativas à regulação do acesso à atenção especializada”*.

Trecho 3 extraído da Portaria 13/2009: *“[...] Elaboração do plano operativo para a implementação das redes regionalizadas de atenção no Distrito Federal, pactuação no âmbito da SESDF dos compromissos, ofertas, fluxos e mecanismos de regulação atinentes às ações de promoção prevenção”*.

Trecho 4 extraído da Ordem de Serviço 06/2005: *“[...] Sedes das CORAS que são as representações técnicas da regulação em nível regional Ordem de Serviço 01/SUPLAN”*.

A nuvem de palavras descreve as palavras mais frequentes e possivelmente de maior relevância para o processo de regionalização da saúde (Fig. 5).

DIMENSÃO II - Caracterização da capacidade instalada de equipamentos públicos e Conselhos de Saúde das Regiões de Saúde do Distrito Federal:

5.3. Distribuição espacial de unidades e conselhos de saúde das Regiões de Saúde do Distrito Federal em 2018:

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), em 2018, entendeu que mudança significativa relacionada ao processo de regionalização da saúde no Distrito Federal ocorreu por meio da publicação do Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016, que determinou a transformação das 15 coordenações gerais de saúde em sete superintendências, que ficaram constituídas em sete Regiões de Saúde, a saber: Região de Saúde Oeste, Sudoeste, Sul, Centro-Sul, Central, Norte e Leste⁽⁷⁸⁾.

O conceito de “Região de Saúde” adotado pela SESDF assemelha-se ao conceito de região existente no Decreto 7.508/2011, compreendo-a como *“um espaço geográfico, formado por agrupamentos de regiões administrativas limítrofes, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”*⁽⁷⁸⁾.

O Acordo de Gestão Regional (AGR) coletado possibilitou a descrição das regiões segundo a capacidade instalada, sendo este um dos componentes da regionalização da saúde observadas no mapa da saúde.

No Distrito Federal, existem equipamentos de saúde distribuídos por níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) atuando na prestação de serviços assistenciais e na vigilância em saúde nos respectivos territórios de abrangência.

Equipamentos de Saúde nas extremidades das Regiões de Saúde referem-se à Unidades Básicas de Saúde (UBS), em regiões de saúde específicas tais como a Região de Saúde Norte, Leste e Oeste, enquanto que os Hospitais Gerais se distribuem espacialmente em áreas centrais (Figura 6).

No que se refere à Rede Hospitalar, evidencia-se a existência de 11 Hospitais Gerais, oito Unidades de Referência Distrital (URD) e mais duas Unidades de Referência Assistencial (URA) e cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA), em diferentes Regiões de Saúde.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) presta assistência por meio de mais de 200 pontos de atenção, incluindo UBS, Consultórios na Rua, Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), nas modalidades infantil, álcool e drogas. Também integra a RAPS o Instituto de Saúde Mental (ISM), Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP) e rede hospitalar, por meio de Hospitais Gerais e URD com prestação de serviços psicológicos e psiquiátricos. Os resultados demonstraram que a oferta de serviços de saúde mental no Distrito Federal organizam-se em uma rede diversificada de dispositivos de cuidado, possibilitando prestar atendimentos terapêuticos menos medicalizantes, o que também ocorre em outras localidades brasileiras⁽⁸⁰⁾.

A Vigilância em Saúde, contemplando a Vigilância Sanitária, Ambiental e Epidemiológica, ocorre de modo transversal nas unidades de saúde do Distrito Federal, estando presente nos diversos níveis de atenção do SUS da região. Integram-se também a rede de Vigilância em Saúde os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), havendo uma habilitação na modalidade estadual e duas modalidades regionais.

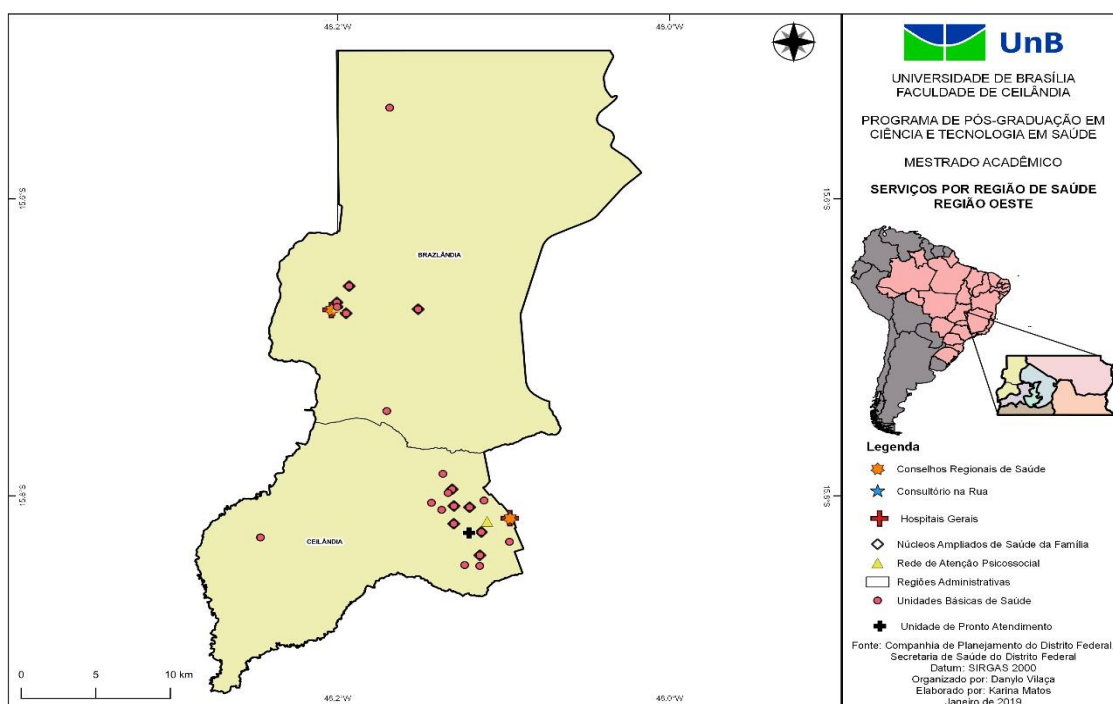
A vigilância em saúde tem sido programada para ocorrer de modo integrado à assistência à saúde⁽⁷⁸⁾. Após evidenciação científica, a vigilância em saúde passou a exigir integração entre as suas áreas (epidemiológica, sanitária e ambiental), mas também pela integração com a assistência, objetivando favorecer a atuação sobre riscos e agravos, possibilitando intervenções mais efetivas para as demandas em saúde⁽⁸¹⁾.

Os Conselhos de Saúde são distribuídos em Conselhos Regionais de Saúde e Conselho de Saúde do Distrito Federal. Prevalece a lógica de Conselho de Saúde por Região Administrativa, e a existência de um Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF), vinculado diretamente à SESDF, enquanto que os Conselhos Regionais de Saúde possuem organização definidas pela Lei Orgânica do Distrito Federal (Art. nº 215) e por Resolução específica do CSDF (Resolução nº 390).

Descrição da Região de Saúde Oeste do Distrito Federal:

A Região de Saúde Oeste é caracterizada como uma das extremidades territoriais do Distrito Federal e agrupa duas Regiões Administrativas do Distrito Federal, a saber Ceilândia e Brazlândia. Evidencia-se a existência de 31 equipamentos de saúde instalados em diferentes níveis de atenção e dois Conselhos Regionais de Saúde (Fig. 7).

Figura 7 - Mapa de distribuição espacial das Unidades e Conselhos de Saúde da Região de Saúde Oeste, Distrito Federal, 2018.



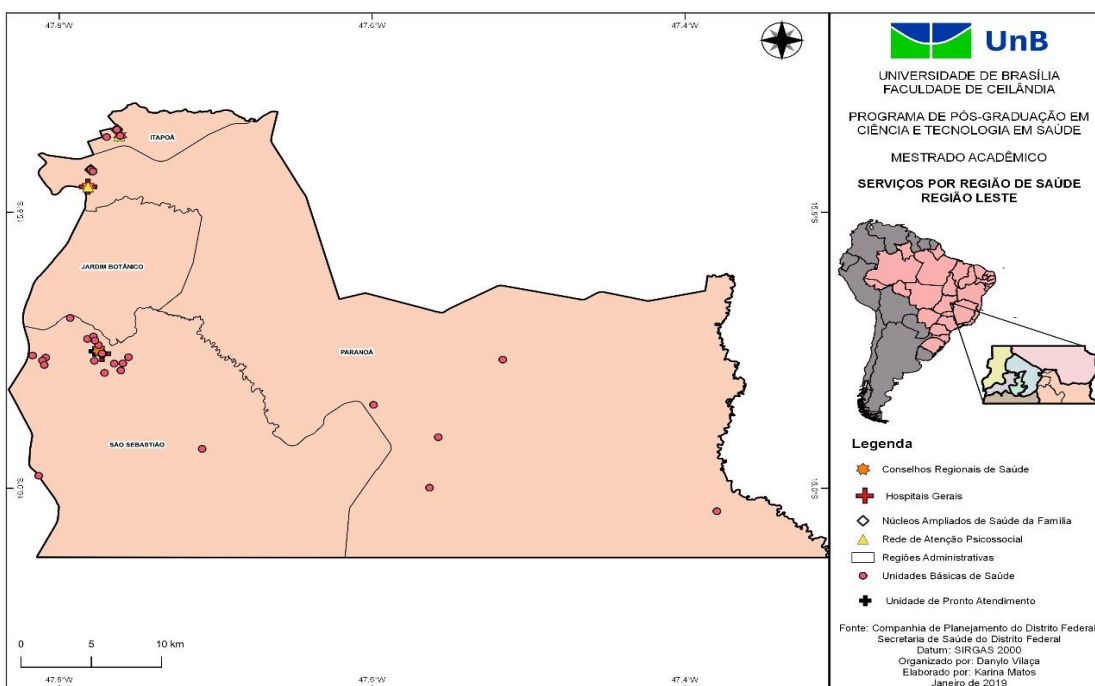
Fonte: AGR/SES/DF e Codeplan, 2018.

A Região de Saúde Oeste possui 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 15 encontram-se instaladas na RA Ceilândia e 07 na RA Brazlândia, atuando na lógica da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Existem dois Hospitais Gerais na Região Oeste, o Hospital Regional de Brazlândia e Hospital Regional de Ceilândia. Uma das cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do Distrito Federal está implantada nessa região, mais precisamente na RA Ceilândia. Encontra-se em funcionamento um Centro de Atenção Psicossocial em Saúde (CAPS) na modalidade AD III na RA Ceilândia e um CAPS infantil na RA Brazlândia. Cada RA possui um Conselho Regional de Saúde ativo, ambos situados nas dependências dos Hospitais Regionais da Região de Saúde Oeste.

Descrição da Região de Saúde Leste do Distrito Federal:

A Região de Saúde Leste é caracterizada pelo agrupamento de quatro Regiões Administrativas, a saber: Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião. Evidencia-se a existência de 34 equipamentos de saúde instalados em diferentes níveis de atenção e três Conselhos Regionais de Saúde (Fig. 8).

Figura 8 - Mapa de distribuição espacial das Unidades e Conselhos de Saúde da Região de Saúde Leste, Distrito Federal, 2018.



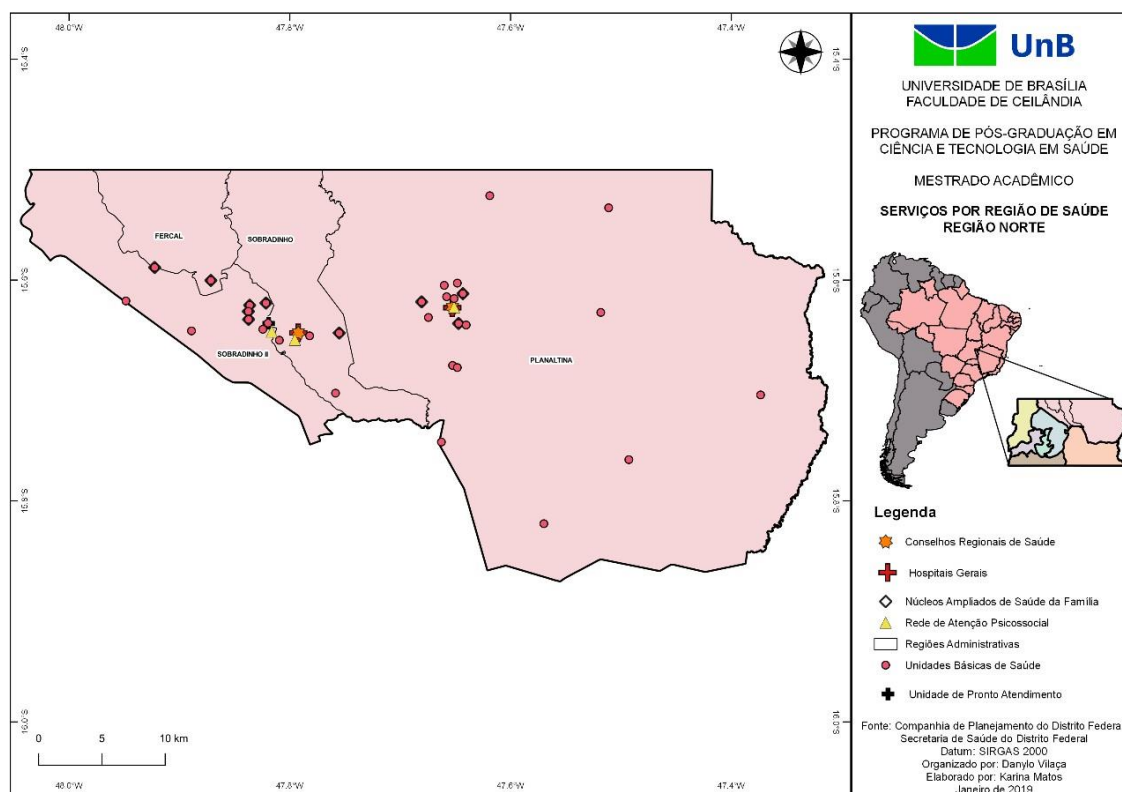
Fonte: AGR/SESDF e Codeplan, 2018.

Ao todo, resultou-se na identificação de 28 Unidades Básica de Saúde (UBS), com maior frequência de UBS Rurais pelo território da RA Paranoá. Na RA Jardim Botânico encontra-se instalada uma única Unidade Básica de Saúde. Esta Região de Saúde possui uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e uma Unidade Hospitalar e também possui o único Centro de Parto Normal em atividade do Distrito Federal até 2018, integrando uma das 08 Unidades de Referência Distritais. Embora tivessem atividades em anos anteriores, somente um dos três Conselhos Regionais de Saúde desta região esteve ativo em 2018, a saber: CRS do Paranoá, sediado no Hospital da Região Leste.

Descrição da Região de Saúde Norte do Distrito Federal:

A Região de Saúde Norte, assim como a Região de Saúde Oeste é reconhecida como uma das extremidades territoriais do Distrito Federal e é, dentre outros distintivos, caracterizada pelo agrupamento de quatro Regiões Administrativas, sendo elas: Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal. Registra-se a existência de 38 equipamentos de saúde nesta região (Fig. 9).

Figura 9 - Mapa de distribuição espacial das Unidades e Conselhos de Saúde da Região de Saúde Norte, Distrito Federal, 2018.



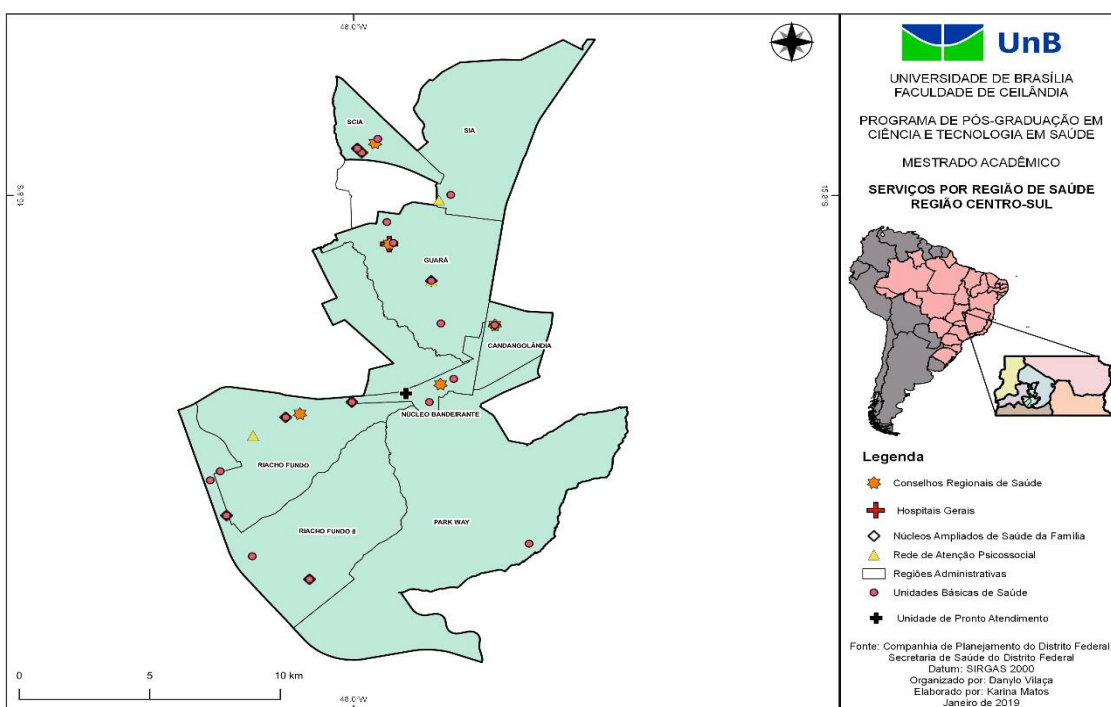
Fonte: AGR/SESDF e Codeplan, 2018.

A Região de Saúde Norte apresenta distribuição espacial de serviços uniforme em seu território, cujos pontos distanciados referem-se a Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas modalidades rurais. A Região possui uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e três Centros de Atenção Psicossociais, implantados na RA Sobradinho e RA Planaltina. Nesta região, situam-se o Hospital Regional de Sobradinho e o Hospital Regional de Planaltina e dois Conselhos Regionais de Saúde (CRS) atuantes na RA Sobradinho e RA Planaltina.

Descrição da Região de Saúde Centro-Sul do Distrito Federal:

A Região de Saúde Centro-Sul é a Região de Saúde que possui o maior agrupamento de Regiões Administrativas do Distrito Federal, incorporando ao todo oito Regiões Administrativas, a saber: (i) Núcleo Bandeirante, (ii) Riacho Fundo I, (iii) Riacho Fundo II, (iv) Park Way, (v) Candangolândia, (vi) Guará, (vii) Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e (viii) Cidade Estrutural. Registra-se a existência de 29 equipamentos de saúde instalados (Fig 10).

Figura 10 - Mapa de distribuição espacial das Unidades e Conselhos de Saúde da Região de Saúde Centro-Sul, Distrito Federal, 2018.



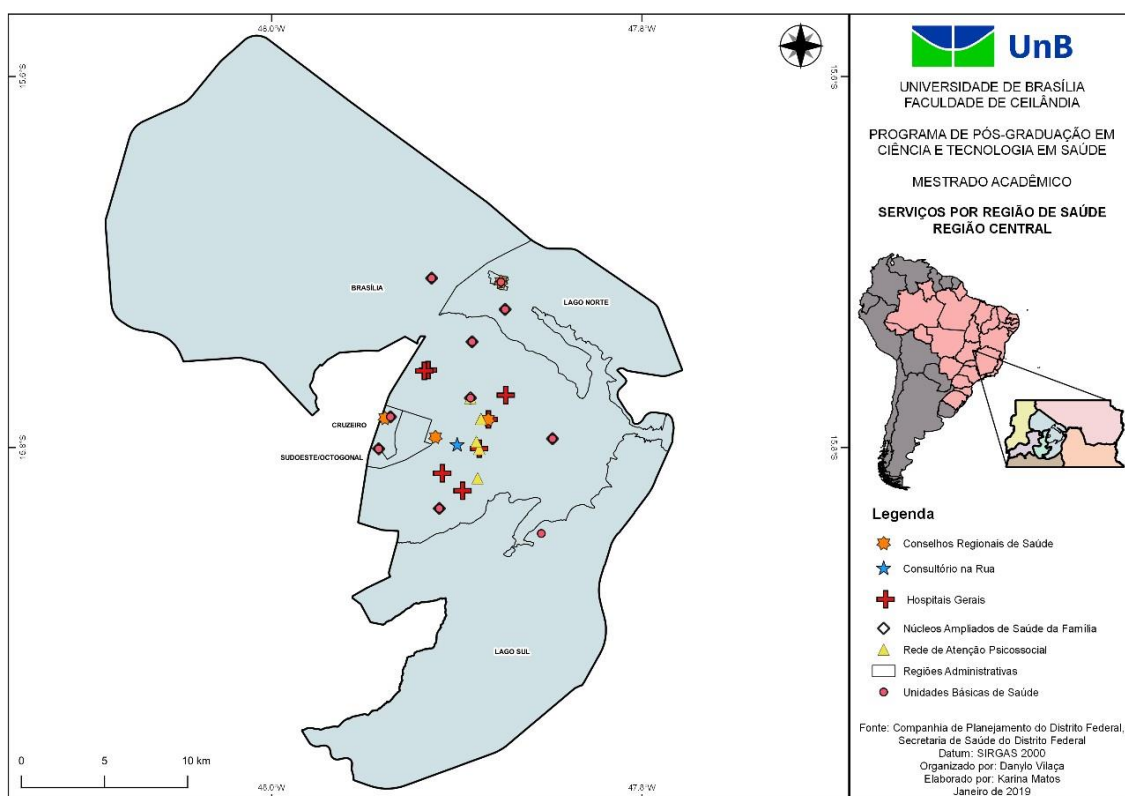
Fonte: AGR/SESDF e Codeplan, 2018.

Observa-se a existência de um único Hospital Gerais existentes nessa região e de Unidades de Referência Distrital, tal como o Instituto de Saúde Mental que abriga um Centro de Atenção Psicossocial, uma Casa de Passagem e serviços ambulatoriais. Essa Região de Saúde é caracterizada pela limitação da oferta de serviços terciários de saúde e ausência de maternidade, necessitando da pactuação de atendimento em outras regiões. Há multiplicidade de Conselhos Regionais de Saúde (CRS) em atividade. Além da vocação para Atenção Primária em Saúde, um ponto forte nessa região é a oferta de serviços de atenção psicossocial.

Descrição da Região de Saúde Central:

A Região de Saúde Central incorpora a (i) Asa Norte, (ii) Lago Norte, (iii) Varjão, (iv) Cruzeiro, (v) Sudoeste, (vi) Octogonal, (vii) Asa Sul e (viii) Lago Sul. A Asa Norte e a Asa Sul integram o Plano Piloto e correspondem à RA Brasília, portanto é correto afirmar que a Região de Saúde Central possui sete Regiões Administrativas em sua conformação. Registra-se a existência de 22 equipamentos de saúde instalados e 4 Conselhos Regionais de Saúde (Fig. 11).

Figura 11 - Mapa de distribuição espacial das Unidades e Conselhos de Saúde da Região de Saúde Central, Distrito Federal, 2018.



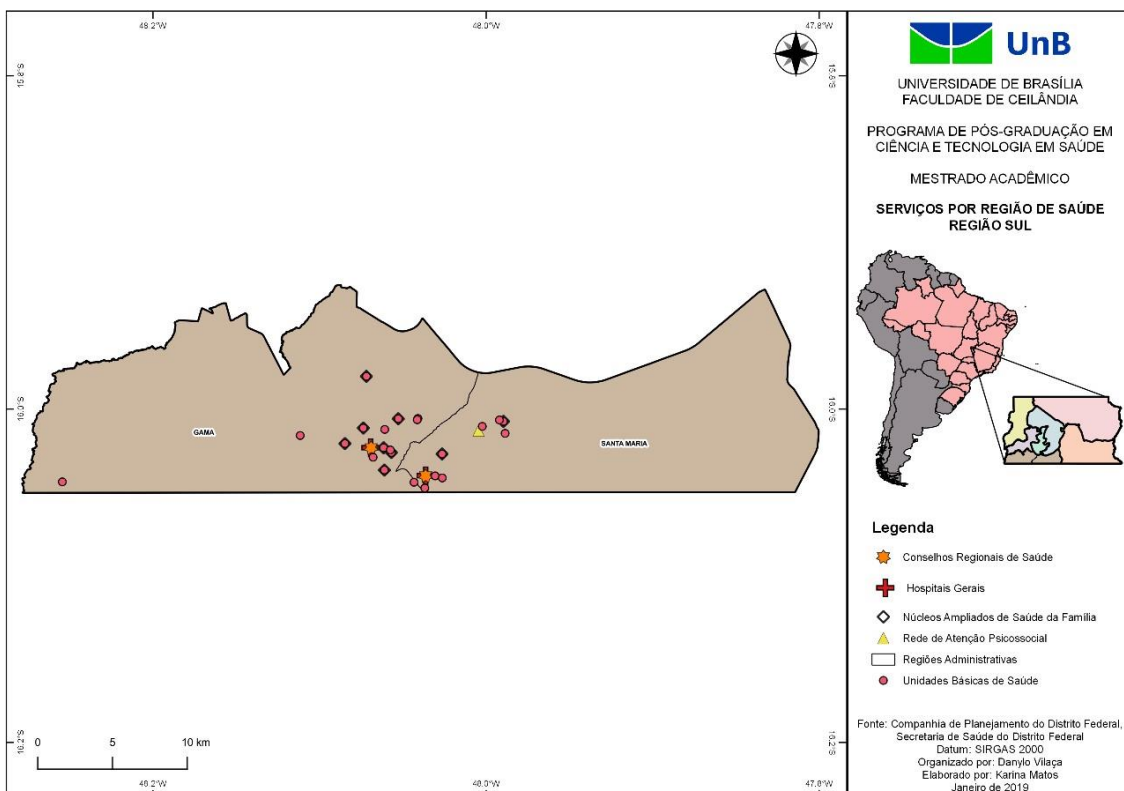
Fonte: AGR/SESDF e Codeplan, 2018.

Localizada na região central do Distrito Federal, esta região de saúde caracteriza-se pela forte vocação para prestação de serviços ambulatoriais especializados, possuindo o maior quantitativo de unidades hospitalares do DF. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta pelo Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP) e dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Duas RAs desta região possuem somente serviços de APS, sem registros do nível secundário, ofertas de serviços em saúde mental ou hospitalares públicos, a saber: Lago Sul e Candangolândia.

Descrição da Região de Saúde Sul:

A Região de Saúde Sul localiza-se na extremidade sul do Distrito Federal e caracteriza-se pelo agrupamento das Regiões Administrativas Santa Maria e Gama. Foi possível registrar a existência de 26 equipamentos públicos de saúde instalados nos três níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (Fig 12).

Figura 12 - Mapa de distribuição espacial das Unidades e Conselhos de Saúde da Região de Saúde Sul, Distrito Federal, 2018.



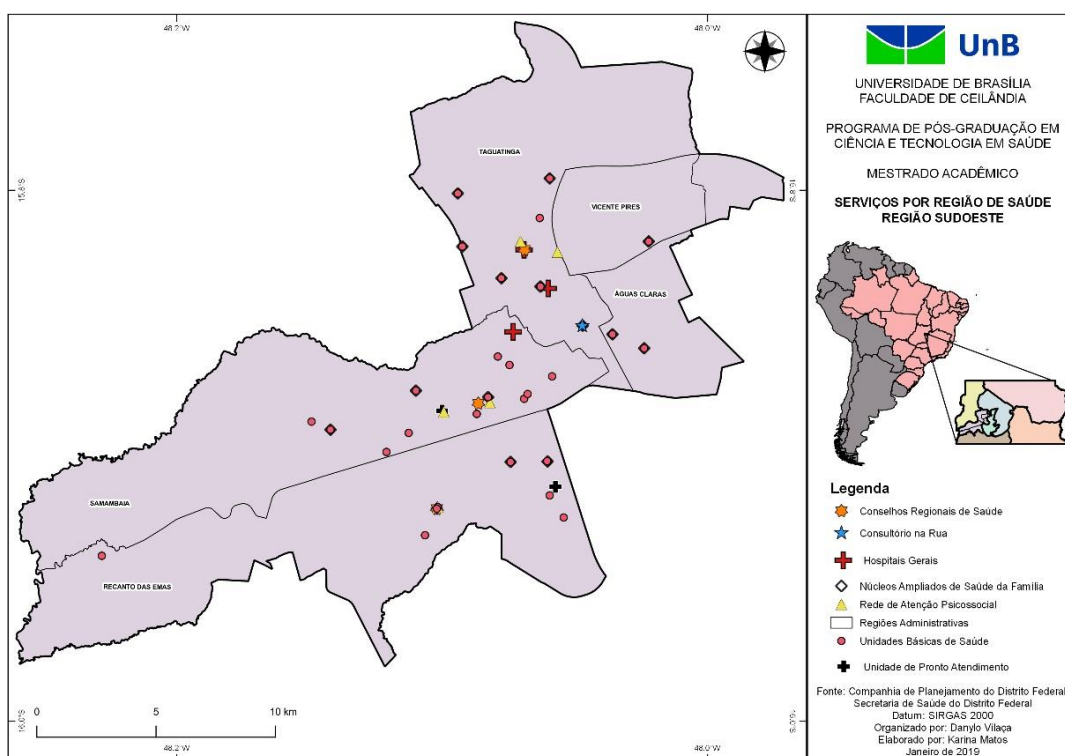
Fonte: AGR/SESDF e Codeplan, 2018.

A Região de Saúde Sul possui expressiva capacidade instalada de serviços de Atenção Primária à Saúde, sobretudo na Região Administrativa (RA) do Gama, localizados na área urbana da RA. No que se refere a Rede de Atenção Psicossocial em Saúde (RAPS), observa-se a existência de um serviço de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na modalidade Álcool e Drogas, localizado na RA Santa Maria. A Região de Saúde Sul possui duas unidades hospitalares instalada em cada RA, sendo elas o Hospital Regional do Gama e o Hospital Regional de Santa Maria. O mesmo ocorre para os Conselhos Regionais de Saúde, um para cada RA, cuja sede localiza-se dentro dos referidos hospitais.

Descrição da Região de Saúde Sudoeste:

A Região de Saúde Sudoeste agrupa cinco Regiões Administrativas: (i) Taguatinga, (ii) Samambaia, (iii) Recanto das Emas, (iv) Vicente Pires e (v) Águas Claras. Foi possível registrar a existência de 44 equipamentos públicos de saúde instalados nos três níveis de atenção do SUS, bem como a atuação em vigilância em saúde (Fig. 13).

Figura 13 - Mapa de distribuição espacial das Unidades e Conselhos de Saúde da Região de Saúde Sudoeste, Distrito Federal, 2018.



Fonte: AGR/SESDF e Codeplan, 2018.

A Região de Saúde Sudoeste possui espacialização da rede de serviços de modo uniforme, cuja vocação para o nível de atenção primária em saúde se destaca. Evidencia-se uma única Unidade Básica de Saúde na Região Administrativa (RA) Vicente Pires e duas em Águas Claras. Uma das cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA) encontra-se instalada nessa região, especificamente na RA Samambaia. Possui três unidades hospitalares, sendo uma de atenção psiquiátrica, integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Registra-se cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em distintas modalidades. Possui três Conselhos Regionais de Saúde (CRS), atuantes nessa região, situados na RA Samambaia, RA Taguatinga e RA Recanto das Emas.

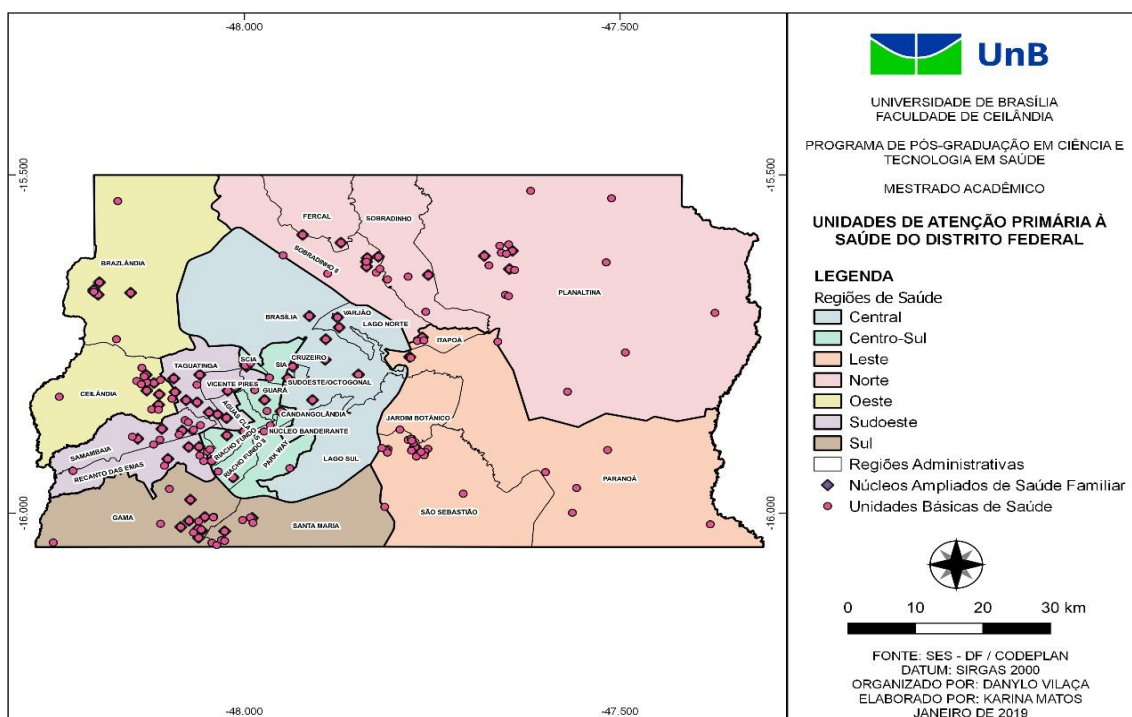
5.4. Distribuição Espacial das Unidades Básicas de Saúde, Núcleos Ampliados de Saúde da Família, Hospitais Gerais das Regiões de Saúde do Distrito Federal e Rede de Atenção Psicossocial à Saúde:

Descrição das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal:

A Atenção Primária à Saúde está presente em todas as sete Regiões de Saúde do Distrito Federal, estruturadas fisicamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que atuam na lógica da Estratégia Saúde da Família ainda em consolidação na região, como evidenciado em outra grande cidade brasileira⁽⁸²⁾.

Ao todo, registra-se a existência de 167 UBS no Distrito Federal. A distribuição espacial das UBS no Distrito Federal demonstra a vocação que algumas regiões de saúde possuem para oferta desses serviços, enquanto que existem limitações em regiões específicas, a exemplo das regiões de saúde sudoeste e central, respectivamente (Fig. 14). A Região de Saúde Central possui o menor quantitativo de UBS instaladas, enquanto que na Região de Saúde Central a oferta de serviços ocorre limitadamente em uma RA específica integrante da Região de Saúde.

Figura 14 - Mapa de distribuição espacial das Unidades Básicas de Saúde das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2018.



Fonte: AGR/SESDF e Codeplan, 2018.

Dentre as possíveis características da Atenção Primária à Saúde (APS), destacam-se: (i) o desenvolvimento em mais alto grau de descentralização, aproximado ao cotidiano dos usuários; (ii) contato preferencial e primeira porta de entrada; (iii) orientada pelos princípios da universalidade do acesso, integralidade do cuidado, humanização, participação social e (iv) considera o usuário em sua singularidade sociocultural^(83,84).

Experiências têm demonstrado que a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tendo a APS como ordenadora da rede, apresenta-se como mais eficaz, quanto como um mecanismo de superação da fragmentação, com capacidade de atuar no cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário⁽⁷⁸⁾.

As 167 UBS caracterizadas no estudo nem sempre atuaram generalizadamente na lógica da ESF, foi necessário instituir a Política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, determinando a ESF como modelo exclusivo de orientação⁽⁷⁸⁾, antes mesmo da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), promulgada por meio da Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, também determinar o modelo prioritário para consolidação e expansão da Atenção Básica.

Ainda recentemente (2013), quando as Unidades Federadas Brasileiras eram comparadas entre si, o Distrito Federal ocupava último lugar nas coberturas de ESF (85). Atuando exclusivamente com o modelo ESF no Distrito Federal, a cobertura populacional aumentou de 35% para 67%, entre janeiro de 2017 e julho de 2018⁽⁷⁸⁾.

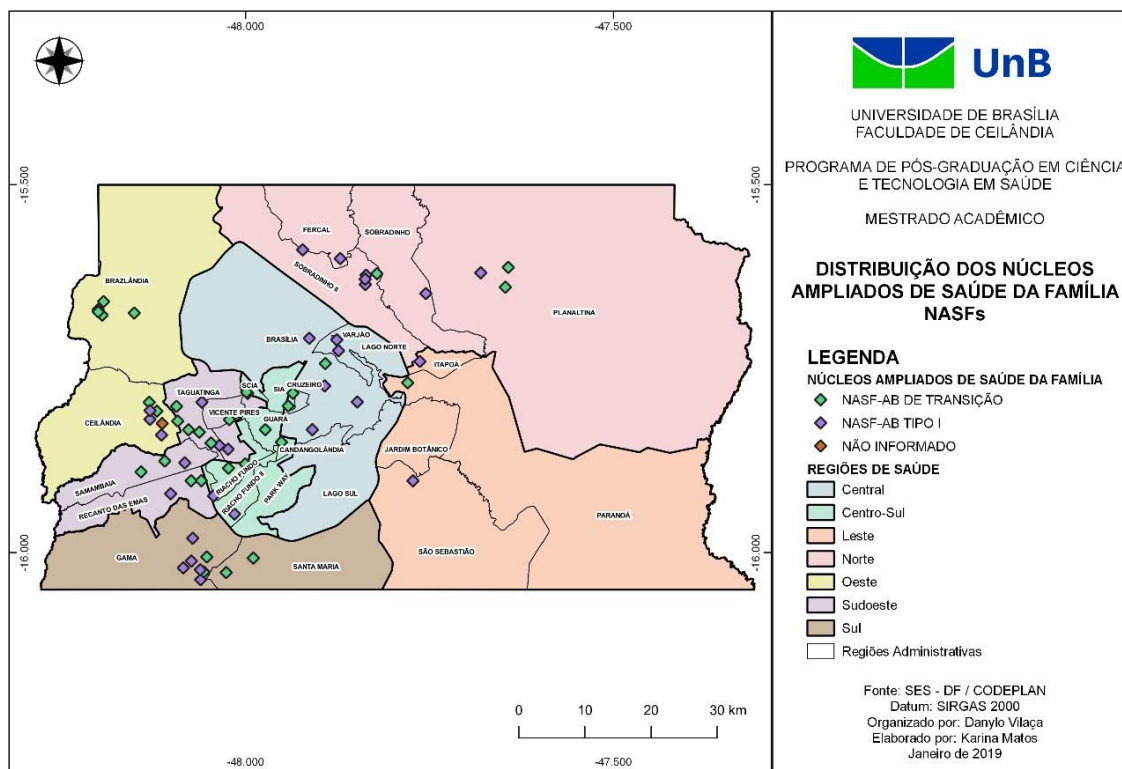
A SESDF, ao ranquear a cobertura do modelo ESF nas Regiões de Saúde, ponderou que a Região de Saúde Central foi onde ocorreu o maior aumento relativo de cobertura, seguido da Região de Saúde Oeste em segundo lugar, da Região de Saúde Sudoeste em terceiro, da Região de Saúde Leste em quarto, da Região de Saúde Centro-Sul em quinto, da Região de Saúde Norte em sexto e da Região de Saúde Sul em sétimo, observado que as regiões por último ranqueadas já possuíam elevado grau de implantação do modelo ESF⁽⁷⁸⁾.

Entretanto, resulta-se que a Região de Saúde Central embora ranqueada em primeiro lugar, possui o menor número de UBS implantadas, com forte predomínio de oferta de serviços terciários.

Descrição dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) do Distrito Federal:

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) estão presentes em todas as Regiões de Saúde do DF, estando instalados nas mesmas estruturas físicas de Unidades Básicas de Saúde, pois vinculam-se às ESF, nas modalidades Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) Tipo I e NASF-AB de Transição, cuja disciplina está descrita na Portaria nº 488 de nº 489, ambas de maio de 2018, da SESDF. Ao todo são 66 NASF em atividades, sendo 35 referentes ao tipo de transição e 30 ao tipo I. Há um NASF cuja modalidade não pode ser identificada (Figura 15).

Figura 15 - Mapa de distribuição espacial dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família, das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2018.



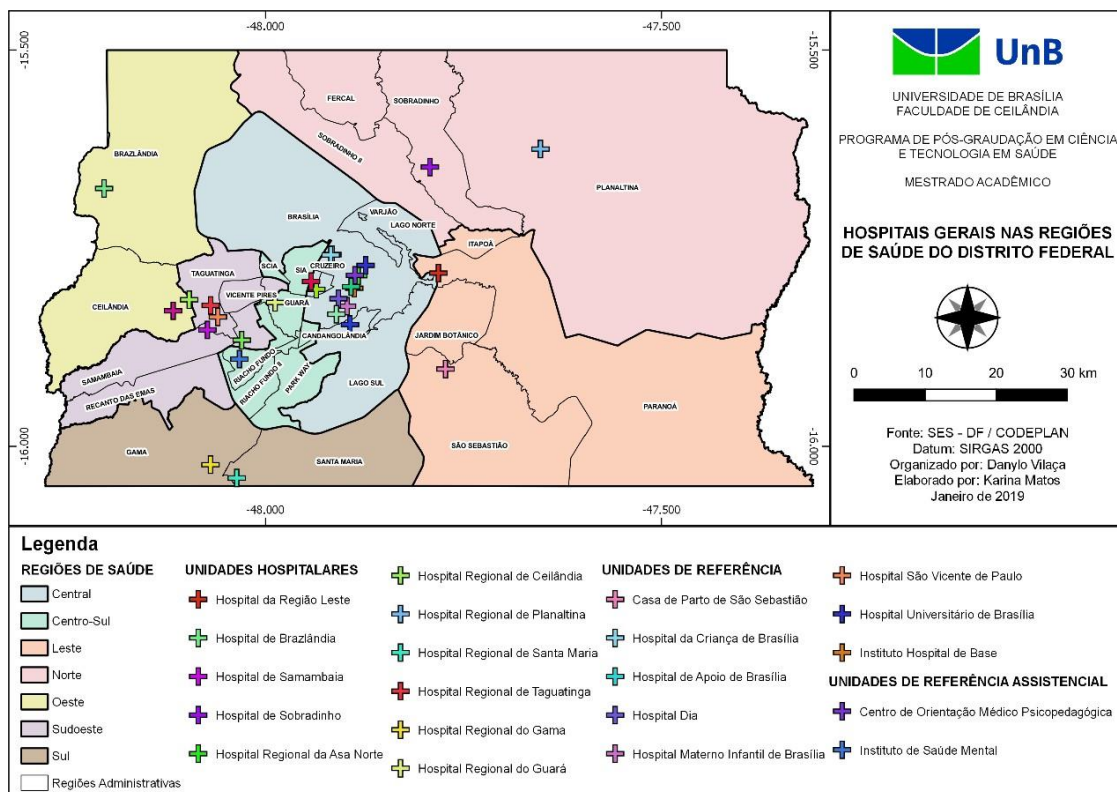
Fonte: AGR/SESDF e Codeplan, 2018.

O NASF-AB integra equipes multi e interprofissionais, com atuação distinta e complementar daquela das ESF, mas que devem atuar conjuntamente. A implantação dos NASF tem sido registrada como um processo irregular, com indefinição de papéis, processos de trabalho conflituosos com as ESF e sem contar com experiências já consolidadas que embasem as práticas^(86,87).

Descrição dos Hospitais Gerais do Distrito Federal:

Os Hospitais Gerais do Distrito Federal, unidades de saúde que possuem maior densidade tecnológica, estão distribuídos na centralidade dos territórios das regiões de saúde, a exemplo da Região de Saúde Central, com predomínio de oferta de serviços de nível terciário (Fig. 16).

Figura 16 - Mapa de distribuição espacial dos Hospitais Gerais das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2018.



Fonte: AGR/SESDF e Codeplan, 2018.

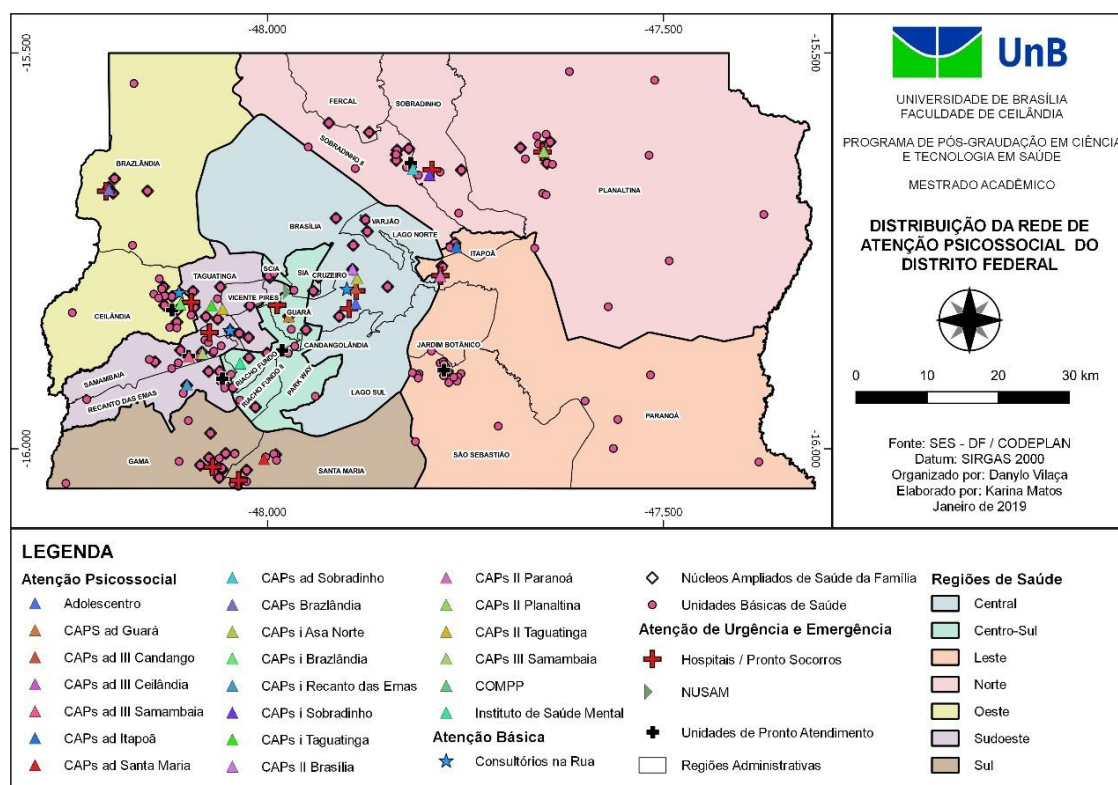
Nota-se a distribuição espacial de 11 Hospitais Gerais, 8 Unidades de Referência Distrital (URD) e 2 Unidades de Referência Assistencial por todo o território, entretanto com espacialização concentrada em regiões centralizadas. A distribuição dos Hospitais Gerais reforçam a ideia de “*região concentrada*”, onde há acréscimo de tecnologia de modo contínuo⁽⁷⁹⁾. Segundo a teoria de Roemer (1993) que diz que “*havendo disponibilidade de leitos hospitalares, eles tendem a ser usados, independentemente das necessidades da população*”⁽⁸⁸⁾, torna-se necessário estudar os impactos desta lei frente às regiões concentradas para esse nível de atenção na rede de serviços do Distrito Federal.

Descrição da Rede de Atenção Psicossocial à Saúde do Distrito Federal:

A Rede de Atenção Psicossocial à Saúde (RAPS) no Distrito Federal constitui-se por sete componentes (APS, CAPS, SAMU, Acolhimento, Hospitalar e estratégias de desinstitucionalização). Portanto, associa 167 Unidades Básicas de Saúde, com 17 Centros de Atenção Psicossociais em modalidades distintas (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS AD), 11 Unidades Hospitalares prestando Atenção em Urgência e Emergência, mais as 5 Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

A distribuição de CAPS no território do Distrito Federal é heterogênea, não contemplando todas as modalidades de serviços em cada uma das sete regiões de saúde. Desta feita, a assistência prestada por cada CAPS não se restringe à área de abrangência da sua região, possivelmente implicando a organização da oferta de serviços da RAPS (Fig. 17).

Figura 17 - Mapa de distribuição espacial da Rede de Atenção Psicossocial à Saúde, das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2018.



Fonte: AGR/SEDF e Codeplan, 2018.

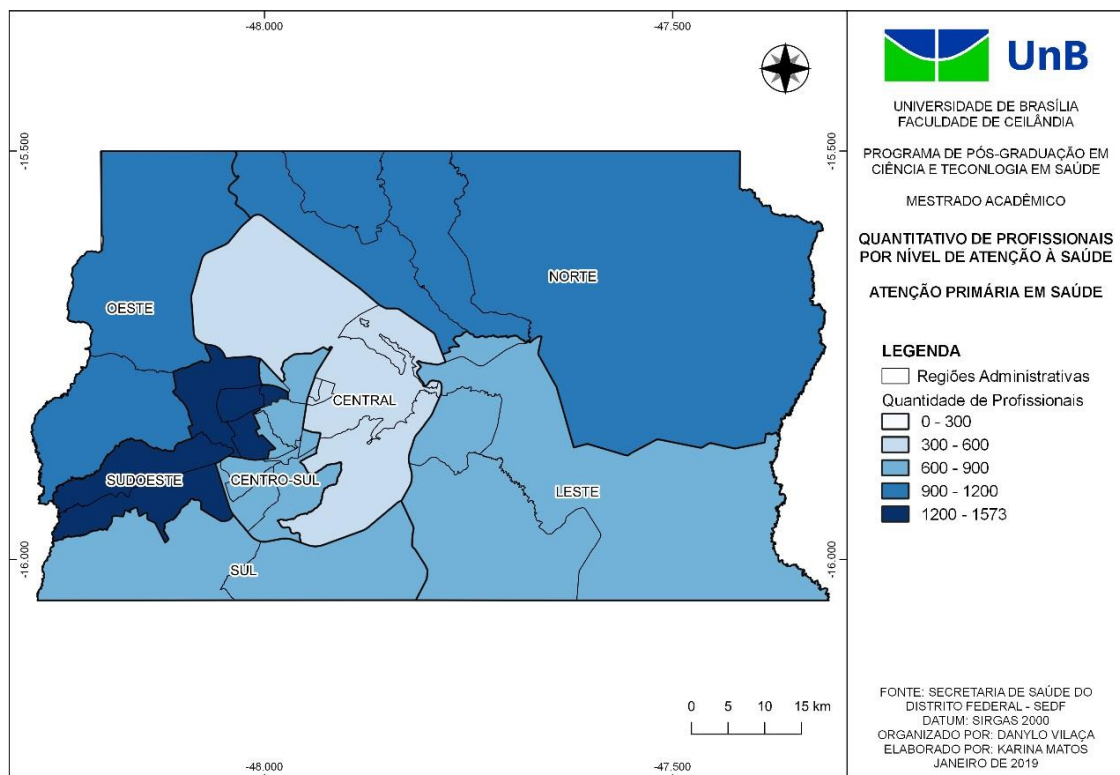
Sem abordar perspectivas mensais ou anuais, a SESDF noticia atender 50 mil usuários do SUS/DF por meio de mais de 700 profissionais diretos⁽⁷⁸⁾.

5.5. Quantitativo de profissionais por nível de atenção em saúde das Regiões de Saúde do Distrito Federal:

Os níveis de atenção à saúde são muito relevantes para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como para as Regiões de Saúde, estruturando-se segundo densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária (Atenção Ambulatorial Secundária - AASE), até o de maior densidade tecnológica (Atenção Terciária à Saúde - ATS)⁽⁸⁸⁾.

Em perspectivas gerais e, segundo o Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SIGRH/SESDF), atualizado em 9 de julho de 2018, o quantitativo de profissionais atuantes por nível de atenção à saúde no Distrito Federal divide-se em 23% para APS, 2% para a ASE, 73,3% para a ATS e 1,7% para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujas distribuições ocorrem diferenciadamente no território do Distrito Federal (Fig. 18).

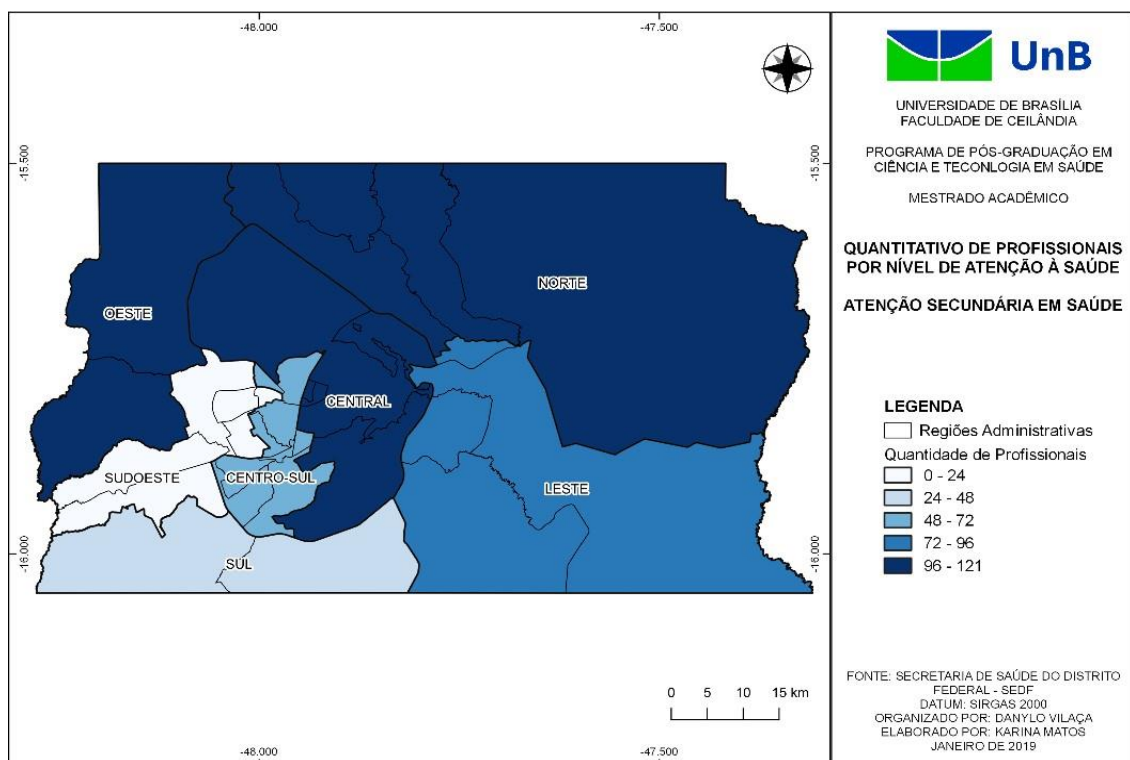
Figura 18 - Mapa de distribuição coroplética de Profissionais de Saúde atuando na Atenção Primária à Saúde das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2018.



Fonte: AGR/SESDF e Codeplan, 2018.

Ao distribuir o quantitativo profissional por Região de Saúde, evidenciou-se um maior número de profissionais de saúde atuando na APS na Região de Saúde Sudoeste (n=1,573), a região de saúde mais populosa do Distrito Federal (78). Enquanto que a Região de Saúde Central apresentou o menor número de profissionais de saúde atuando nesse nível de atenção (n=440). Em comparativo, resultou-se que a APS possui a segunda maior capacidade recursos humanos para prestar ações e serviços de saúde, antecedida pela ATS com expressiva mão de obra disponível e sucedida pelo nível de atenção secundário, como menor número de profissionais, desconsiderando a RAPS. A distribuição de profissionais de saúde da Atenção Secundária, por Região de Saúde (Fig. 19), evidenciou maior concentração em três regiões de saúde, a saber: Região de Saúde Oeste (n=121), Região de Saúde Norte (n=120) e Região de Saúde Central (114). A Região de Saúde Sudoeste, embora tenha apresentado maior quantitativo de profissionais atuantes na APS, foi a Região de Saúde com menor número de profissionais de saúde em atuação para este nível de atenção.

Figura 19 - Mapa de distribuição coroplética de Profissionais de Saúde atuando na Atenção Secundária à Saúde das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2018.



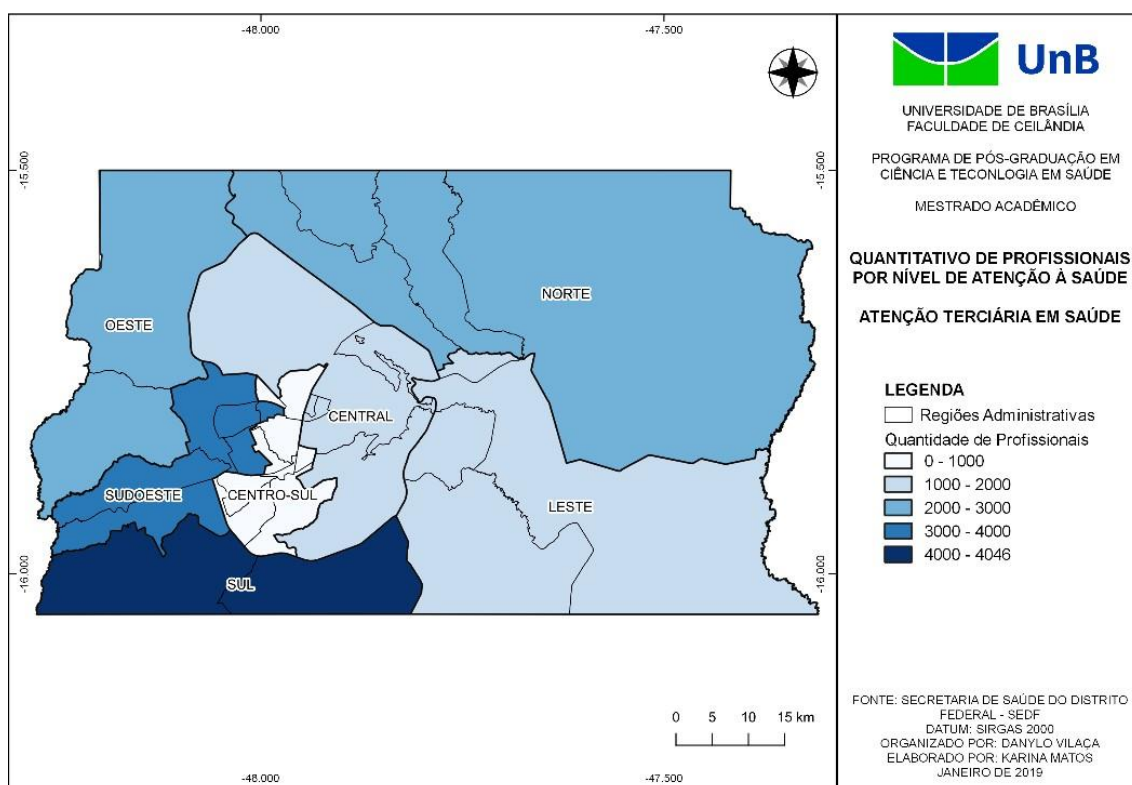
Fonte: AGR/SESDF e Codeplan, 2018.

A realização de procedimentos especializados e articulação dos pontos da rede são características do nível de atenção secundária considerado imprescindível para garantir a integralidade do cuidado (89). No Distrito Federal, há uma sobreposição desse nível de atenção em Unidades Hospitalares, sendo possível afirmar que a organização das práticas de saúde, no nível secundário, carece de consolidação.

A distribuição de profissionais de saúde atuando na ATS, por Região de Saúde (Fig. 20), resultou na identificação da Região de Saúde Sul como a Região de Saúde com maior oferta de profissionais nesse nível de atenção (n=4,046), seguida da Região de Saúde Sudoeste (n=3,045).

A Região de Saúde Central, embora tenha apresentado o maior número de unidades hospitalares instalados (Hospitais Gerais) nos resultados anteriores, evidenciou não acompanhar predominância na perspectiva de profissionais de saúde atuantes na ATS (n=1,791).

Figura 20 - Mapa de distribuição coroplética de Profissionais de Saúde atuando na Atenção Terciária à Saúde das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2018.



Fonte: AGR/SESDF e Codeplan, 2018.

Diagnosticar e monitorar a capacidade instalada de equipamentos de saúde, bem como os recursos humanos disponíveis por nível de atenção à saúde são fundamentais para o uso racional dos recursos financeiros e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança das Regiões de Saúde. As Regiões de Saúde ao se construírem em Redes de Atenção à Saúde, deve-se associar os territórios sanitários com os diversos níveis de atenção à saúde ⁽⁸⁸⁾.

A caracterização pretendida resultou na descrição da capacidade instalada de equipamentos públicos e de profissionais de saúde atuantes, por nível de atenção, em sete regiões. A capacidade instalada, por si só não afere regionalização, que necessita de recursos e pactuações para se estabelecer, mas fornece estimativa de acesso e uso potencial de serviço, que dentre outros aspectos, garante o direito universal de acesso e concomitantemente integralidade do cuidado.

Sabe-se que para ser efetiva, a capacidade instalada precisa estar organizada em níveis de atenção, conformada em rede de atenção à saúde e com boas práticas de gestão e gerenciamento. Para além disso, a capacidade instalada necessita estar em conformidade às pactuações e indicadores locais para que atinjam seu potencial máximo. Uma vez integrada ao sistema, o conjunto da capacidade instalada de equipamentos públicos forma um Região de Saúde, que constitui uma complexa rede, que inclui atributos de população e território, estrutura logística e modelos assistenciais e de gestão. A distribuição de serviços da SESDF demonstrou que o território possui uma rede complexa, com cardápio variado de serviços, entretanto, mal distribuídos e aparentemente advindos desde os primórdios de existência dos SUS na região.

A reestruturação do SUS, na perspectiva de Rede de Atenção à Saúde (RAS), é uma estratégia de superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde⁽⁸⁸⁾. A pretensão de desfragmentar a RAS no SUS/DF ainda não é uma realidade, ao ponto que se nota uma vasta gama de unidade hospitalares ao centro das Regiões de Saúde, fortalecendo o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde.

DIMENSÃO III - Descrição do processo de regionalização da saúde no Distrito Federal em 2018 na perspectiva dos superintendentes:

A descrição do processo de regionalização em saúde no Distrito Federal ocorreu após a realização de entrevistas realizadas com seis Superintendentes Regionais de Saúde (SRS) que estiveram no cargo até dezembro de 2018. Todos os participantes possuíam formação em Medicina e atuavam, em média, 10 anos na gestão do Sistema Único de Saúde.

No que se refere à participação dos gestores em Conferências de Saúde, 66,6% participou das etapas ascendentes das conferências, a saber: etapa regional, distrital nacional, e apenas 33,3% não participou de nenhuma etapa. As entrevistas duraram em média 30 minutos, realizadas no período de novembro a dezembro de 2018.

Onze questões disparadoras agrupadas em sete questionamentos direcionaram a construção dos discursos dos sujeitos coletivos, que ao serem organizados por segmentos de texto evidenciam a conceituação, efetivação, limitações e avanços do processo de regionalização em saúde no Distrito Federal em 2018. Inicialmente discute-se os resultados atinentes à descentralização da saúde.

Em um universo de 45 países, de diferentes continentes, o Brasil é colocado em 21º lugar no ranking de países mais descentralizados⁽⁹⁰⁾. O princípio constitucional da descentralização e regionalização em saúde tornou-se um importante tema visto à frequência com que se publica principalmente sobre os problemas da sua implantação. As controvérsias sobre centralização *versus* descentralização são uma constante no universo da administração pública, ciência política⁽⁹⁰⁾, e crescentemente também da saúde que relacionam a distribuição de poder, responsabilidades e autonomia como melhor e mais de eficiente^(90,91).

O fenômeno da descentralização influencia e é influenciado pelo ambiente, apresentando-se como problema de distribuição de poder de decisão entre gestão central e as unidades de gestão local⁽⁹⁰⁾. Considerando o federalismo brasileiro e os múltiplos municípios, o fenômeno municipalização da saúde responsabilizou os municípios pelo cuidado com a saúde de suas populações com um ideal descentralizador⁽⁹²⁾.

Em alguns Estados, o processo de descentralização ou municipalização ocorreu antes mesmo da promulgação constitucional em 1988⁽⁹³⁾. No caso do presente estudo, os participantes referiram-se à descentralização em saúde em diferentes perspectivas, contudo aproximadas dos conceitos aceitos cientificamente e incorporando as limitações do local estudado para a efetivação desse princípio relacionando-o à autonomia.

A autonomia, por diversas vezes evidenciada cientificamente, apresenta-se como indispensável para que se expressem inovação na gestão e criatividade na execução das ações de saúde^(94,95).

“Descentralização é um processo que implica empoderamento dos diferentes cenários, territórios e regiões. Ele traz autonomia nos âmbitos da gestão, da assistência e da administração e, ao mesmo tempo, responsabilização dos diferentes níveis de atenção, em função da diversificação dos locais de realização das ações, programas e projetos ligados à saúde. No entanto, para que seja efetiva, depende que haja também descentralização do poder, ainda muito concentrado na Administração Central da Secretaria de Saúde. As especificidades de cada região requerem independência para condução e decisão sobre aspectos importantes da gestão (de compras, de contratos, de equipamentos, de abastecimento de insumos e de recursos humanos), afinal o perfil diferenciado das sete regiões faz com que as características que as distinguem também expliquem as distintas necessidades que podem não ser as mesmas para cada uma delas. Por isso, não basta autonomia financeira. É preciso que haja, de forma distinta para cada região, governabilidade para planejar, implementar e operacionalizar ações que são demandadas pelas realidades locais (DSC/SRS)”.

No que se refere à regionalização é correto afirmar que se trata de uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) que propõe a integração de componentes, assistenciais ou não, para garantir o direito constitucional à saúde⁽⁹⁶⁾. Após abordada a conceituação de descentralização, parte-se para a abordagem do conceito de regionalização, do qual refere-se a algo que está em constante processo⁽⁹⁷⁾.

Em 1920, ao propor reorganizar os serviços de saúde ingleses apresentando o renomado *Informe Dawson*, concebeu-se o embrião do conceito de regionalização⁽²⁵⁾. Porém, foi em meados dos anos 1960, conhecido como a década do “planejamento em saúde”, que o conceito contemporâneo de regionalização atrelou-se ao desenvolvimento regional⁽⁹⁰⁾.

A regionalização da saúde é uma determinação constitucional, cujas regiões encontram-se demarcadas mediante o Decreto nº 7.508, de 2011. Assim sendo, não se pode entender a região de saúde como um ato facultativo dos entes federativos, mas uma imposição constitucional⁽⁹²⁾.

O discurso dos sujeitos sobre regionalização aponta uma forte vertente também encontrada nos estudos sobre a temática, que sugere a conformação organizativa do SUS por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A organização da RAS exige a definição da Região de Saúde, definindo limites geográficos, população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde^(78,98).

“A descentralização está vinculada, mas também se complementa à regionalização da saúde, baseando-se em princípios de proximidade geográfica, similaridades culturais e econômicas. Envolve também a existência de regiões de saúde que possuem características, perfis e necessidades distintas umas das outras em que a gestão ocorre em nível local. A regionalização é uma ferramenta e uma estratégia necessária, pois não é possível ter todas as ofertas de serviços de saúde, incluindo as especialidades, em todos os lugares, está fortemente ligada ao território” (DSC/SRS).

A regionalização é princípio atrelado ao da descentralização, que significa a distribuição de competências e responsabilidades entre as esferas autônomas de governo (União, Estado e Municípios) com capacidade político-legislativa, priorizando os níveis regionais e locais⁽⁹⁹⁾.

Embora sejam princípios organizativos distintos⁽²⁾, grande parte dos estudos tendem a aproximar o princípio da descentralização ao princípio da regionalização⁽⁷⁾, colocando-os em paralelo. No início dos anos 2000, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde, a regionalização ganhou destaque ao ser entendida como estratégia essencial para aprofundamento do processo de descentralização⁽⁹⁶⁾.

O processo de descentralização, que culmina em regionalização da saúde exige plena participação dos poderes periféricos, distanciados da centralização do poder e próximos à comunidade⁽⁹²⁾. Nacionalmente adotou-se o caminho da regionalização. Esse estudo de caso revela que o SUS/DF organiza-se de modo distinto, por ainda não ter concluído o seu processo de descentralização.

Algumas evidências sobre o processo de regionalização da saúde foram identificadas, por exemplo, a inacabada implantação da descentralização

financeira e orçamentária para as regiões de saúde do Distrito Federal. Existe um paradoxo em que segundo o DSC a regionalização da saúde independe da descentralização, mas que - nas palavras dos gestores - dela dependerá para obtenção de avanços significativos.

“A descentralização é extremamente importante para a regionalização, mas diferente do que se imagina a regionalização pode ocorrer sem a descentralização, porque a descentralização ela está muito ligada aos processos de uma maneira geral. Entretanto, existe um consenso de que a regionalização seria exercida na sua plenitude, se a descentralização ocorrer de fato, acompanhada da independência da administração central (ADMC). A descentralização aproxima-se de um caminho a ser percorrido, enquanto que a regionalização assume o papel de experiência prática (DSC/SRS)”.

Ao abordar a dinâmica de implantação e adesão do Pacto pela Saúde nos Estados Brasileiros, o Distrito Federal ainda que seja entendido como um ente federativo único, foi desconsiderado⁽⁷⁾. A explicação possível seria pela conclusão de que a implementação do referido pacto tenha se associado aos processos de descentralização e regionalização em cada Estado, que no Distrito Federal encontrava-se incipiente nos anos analisados, a saber: 2006 a 2010⁽⁷⁾.

Ao problematizar a lógica de divisão territorial do Distrito Federal em Regiões Administrativas (RA) isso se aproximaria dos municípios, ou seja, cada RA funcionaria como município. No entanto, há uma diferenciação importante: as RAS não são descentralizadas como ocorre com os municípios que integram as Regiões de Saúde⁽⁸⁸⁾. Não houve consenso, porém em grande maioria, os superintendentes sugeriram que a sobreposição de Estado/Município pudesse ser obstáculo para a regionalização da saúde no Distrito Federal.

“As outras unidades da federação possuem processo de regionalização subentendido, devido ao fato de possuírem Secretaria de Saúde Municipal e Estadual, diferentemente do que se observa no Distrito Federal, com uma única gestão. Por ter esse modelo centralizado com um administrador regional que não é prefeito e um superintendente que não é secretário de saúde, acredita-se que a divisão por meio de Regiões Administrativas não favoreça a regionalização. Existem regiões de saúde que tem um maior conglomerado de cidades, porém não tem todos os níveis de atenção à saúde, atuando com a vocação para a atenção primária, portanto enxerga-se a necessidade de repensar a distribuição de regiões de saúde, possivelmente aumentando o número existente atualmente. A dificuldade e as críticas que o processo de regionalização sofre, ocorre pela falta de entendimento crítico em saber que as regiões enfrentam problemas pela insuficiência do número de leitos, insuficiência do número de equipamentos, e não pelo processo de trabalho, não pela questão da divisão proposta e vigente (DSC/SRS)”.

Tratando-se de um Estudo de Caso, surge então o questionamento: em que se diferencia o processo de regionalização em saúde do Distrito Federal ao processo de regionalização em saúde no Brasil? Para os sujeitos, é unânime a afirmativa de que estamos diante de um processo realizado tardiamente com limitações devido da sobreposição de Estado e Município. No momento de efetivação das diretrizes do SUS no início da década de 1990, seguiu-se o movimento que marcou a descentralização das políticas sociais no Brasil e com ela o setor saúde, priorizando a municipalização e desconsiderando a regionalização da saúde⁽⁹⁶⁾. Essas medidas trouxeram avanços aos municípios, sobretudo na transferência de poder, mas ao mesmo instante trouxe resultados colaterais relacionados às fragilidades relacionais estabelecidas entre estados e municípios⁽⁹⁶⁾.

Não foi possível evidenciar nesse estudo se situação semelhante ocorreu no local estudado, mas diante de um ente federativo sobreposto, supõe-se que esse risco foi minimizado e que pode ocorrer a partir da conformação de Regiões de Saúde cada vez mais autônomas e responsáveis por territórios distanciados do nível central.

“O processo de regionalização em saúde no Distrito Federal aconteceu tardiamente, mas de modo mais acelerado quando comparado ao cenário nacional. O Distrito Federal tem uma característica que é a sobreposição de Brasília com o Distrito Federal, são considerados uma só unidade. Aparece que Brasília engloba as demais Regiões Administrativas tornando-as uma só e na prática isso interfere na compra, pagamento e recebimento que acontecem em nível central. Os procedimentos que são faturados nas regiões de saúde não chegam financeiramente para as superintendências, mesmo tendo iniciativas como o PDPAS, que é um instrumento auxiliador de independência da gestão central, mas que é muito limitado. A maior diferença é a inexistência de múltiplos municípios, fazendo-nos ser enxergados como únicos pelo Ministério da Saúde, ou seja, Brasília e Distrito Federal são considerados um único registro, quando na verdade a gente tem especificidades muito grandes, a gente tem um desnivelamento social muito grande. Ao mesmo tempo que somos Estado, também somos Município (DSC/SRS)”.

No decorrer da efetivação da regionalização da saúde no Brasil, muitos foram os instrumentos e instâncias deliberativas adotadas pelos gestores. Pode-se destacar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) - planejamento regional de acordo com as particularidades do território e em consonância com a disponibilidade de recursos⁽⁹⁶⁾ - e os Colegiados de Gestão Regionais - instâncias de pactuação e gestão em espaços regionais - assumindo

características semelhantes às Comissões Intergestores já existentes no SUS⁽⁷⁾.

Ao definir-se uma Região de Saúde, o poder executivo local, poderia instituir um sistema colegiado deliberativo e uma coordenação executiva⁽⁹²⁾. As instâncias deliberativas do SUS estão delineadas no decreto 7.508/2011, e na lei 12.466, de 2011, definindo suas competências, entre elas a de gestão regional da operacionalização do SUS, materializada por meio de uma coordenação regional⁽⁹²⁾.

Para os participantes de pesquisa, os documentos que orientam o processo de regionalização da saúde no Distrito Federal concentram-se no Acordo de Gestão Regional (AGR), nos decretos e portarias, sem citar quais especificamente. Os Conselhos Regionais de Saúde são as instâncias que recebem maior destaque e responsabilização pelo processo de regionalização, seguido da própria superintendência e da sua equipe diretiva. Em outras experiências, o Conselho de Saúde foi colocado como uma força envolvida e direcionada com o complexo regional da saúde, ao lado dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB)⁽⁵³⁾.

Fóruns e Conselhos de Gestão Regional já foram valorizados como instâncias privilegiadas para a construção política e social das regiões, por possibilitarem o fortalecimento de redes capazes de dar sustentação às ações que as beneficiam⁽⁴³⁾. Para qualificar o processo de regionalização da saúde, buscando o aprimoramento da universalidade, integralidade e equidade, os gestores de saúde da região deverão constituir um espaço permanente de pactuarão e cogestão cooperativa por meio de um Colegiado de Gestão Regional⁽⁸⁸⁾.

“O entendimento sobre regionalização é muito incipiente por parte da população, mas um pouco melhor compreendido por movimentos sociais, bem como pelos conselhos de saúde. O maior foro de discussão da regionalização é o conselho de saúde, o controle social. Existem os conselhos legitimados, ligados ao Conselho de Saúde do Distrito Federal. Outras instâncias são as superintendências, diretorias, subordinados às superintendências e assim como toda a estrutura hierárquica abaixo de cada direção. Para normatizar a regionalização, existem os decretos, portarias e os regimentos internos de cada superintendência, que foi um documento criado para batizar as regiões de saúde inexistentes no Distrito Federal até final de 2015. O Acordo de Gestão Regional (AGR) é um instrumento importante, utilizado para acompanhar indicadores e todas as questões que envolvem a regulação em saúde no Distrito Federal (DSC/SRS)”.

Ainda que a descentralização e a regionalização sejam princípios elementares para efetivação do SUS, o arcabouço legal não contemplou plenamente as particularidades político-administrativas do Distrito Federal⁽⁵⁷⁾, acompanhado de conceituações amplamente aceitas que referem-se à predominância municipalista quando a regionalização está em voga⁽⁹²⁾.

O processo de regionalização da saúde no Distrito Federal permaneceu inerte até o ano de 2015, ano em que ocorreu uma significativa reorganização do sistema de saúde. Informalmente, organizava-se em sete regiões de saúde, com duas ou mais Coordenações Gerais de Saúde (CGS), às quais possuíam uma ou mais Regiões Administrativas⁽⁵⁷⁾. A partir de 2015 definiu-se sete Regiões de Saúde como a menor unidade de gestão de um território, com uma base populacional delimitada, respeitando-se as singularidades regionais⁽⁵⁷⁾. Assim como os participantes de pesquisa, a SESDF também entende como inovadora a transformação das antes 15 Coordenadorias Regionais de Saúde para as 07 Regiões de Saúde hoje existentes⁽⁷⁸⁾.

O DSC evidencia um entendimento de que a regionalização da saúde é algo relativamente recente na história da saúde do Distrito Federal, ainda que este seja um princípio constitucional obrigatório e não facultativo como já afirmado em outras oportunidades. Torna-se evidente, também, um destaque dado às necessidades de descentralização entendendo-a como etapa importante para concretizar a regionalização. A descentralização é requerida pelos gestores no sentido de efetivar as suas ações e objetivando a obtenção de mais poder de ordem financeira, administrativa e de oferta assistencial.

“A processo de regionalização finalmente foi oficializado e mesmo ainda no patamar em que está colocado, tem muito a ser lapidado. Nesse curto espaço de tempo, iniciado em 2016, entende-se a necessidade de discutir macrorregiões, por conta do trabalho em rede, de extrapolar os limites da região de saúde. A gestão que oficializou o processo de regionalização, estreado em 2016, resolveu se lançar para os enfrentamentos de que uma vez regionalizados, reconhece territórios específicos, com particularidades específicas e quem faz essa particularidade não é só o fator geográfico, climático e tudo mais, é o usuário daquele território. É complicado estar em um ente federativo que é Estado e Município ao mesmo tempo e que é mais difícil você pactuar região de saúde, porque envolve outros, mas você está no Distrito Federal, você só um governador, um secretário de saúde e um Conselho de Saúde. O abastecimento das regiões de saúde ainda é em nível central, e em nível central tem-se muita burocratização, dificuldade de comunicação, do que eu gasto, do meu consumo mensal e do que eu preciso, então esse trâmite burocrático, principalmente de insumo é o que dificulta mais a efetivação do processo. Para a organização do processo de regionalização, observou-se que a Atenção Secundária era o

grande espaço vazio e pela necessidade de tempo, não foi possível amadurecer esse nível de atenção, estando ele na centralidade de maiores retrocessos” (DSC/SRS)”.

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), entende que existem quatro atributos essenciais da regionalização da saúde e que envolver governança e planejamento regional, a saber: (i) menor custo, (ii) financiamento com equidade, (iii) pactuação e (iv) foco no usuário⁽⁹⁹⁾.

Nesse processo, tem-se o planejamento das Regiões de Saúde como a base para o desempenho de uma gestão qualificada. Trata-se da capacidade da gestão em observar, analisar, priorizar, programar e monitorar, em um ciclo permanente, e por isso a regionalização da saúde está imersa em um processo.

A maior e mais qualificada participação dos gestores no processo de regionalização da saúde confere direcionalidade ao planejado em relação à atenção das necessidades de saúde no território sob sua responsabilidade⁽⁹⁹⁾.

Mello et al (2017) ao realizarem revisão sistemática sobre o processo de regionalização do SUS consideraram, entre outras coisas, que a falta de evidências científicas sobre a implantação de políticas de saúde tem ocasionado desmonte de processos regionais da saúde⁽¹⁰⁰⁾, ou seja, há descompasso entre a implementação de políticas sociais com as pesquisas acadêmicas. Esse estudo corrobora como evidência para que a regionalização da saúde seja priorizada no Distrito Federal, pois está fortemente ligada aos interesses de consolidação do SUS, segundo os seus princípios organizativos e doutrinários.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo analisou-se o processo de regionalização da saúde no Distrito Federal, permitindo identificar como foram introduzidas as normativas, mecanismos, instâncias decisórias, alguns avanços e muitos desafios. Foi necessário utilizar diversas ferramentas para analisar o processo de regionalização da saúde que requer tempo e planejamento.

A análise das normativas resultou na identificação de operacionalização do processo de regionalização da saúde mediante a publicação de ordens de serviços, seguido de resoluções, decisões colegiadas, portarias, decretos e por último por meio das competências da secretaria de saúde indicadas nas leis, sem relação direta à regulamentação do processo de regionalização da saúde.

O destaque dado às ordens de serviços, denota fragilidade hierárquica aos instrumentos que orientaram o processo de regionalização da saúde no Distrito Federal.

Evidenciou-se que o Conselho de Saúde exerceu papel de parecerista de Planos Diretores de Regionalização aprovando-os por meio de resoluções, enquanto que para os superintendentes, houve consenso de que essa é a principal instância responsável pela condução do processo de regionalização da saúde no Distrito Federal. Portanto, torna-se uma fragilidade evidenciada nesse estudo, pois (i) normativamente a participação do conselho se deu de modo limitado, (ii) essas instâncias enfrentam dificuldades para se organizar internamente, refletindo nas deliberações que determinam, sobretudo relacionada ao processo de regionalização da saúde, (iii) é necessário investir em formação de conselheiros para atuar com a implementação de princípios do SUS, sobretudo descentralização e regionalização.

Sendo compreendido que os Conselhos de Saúde são os principais responsáveis pela regionalização da saúde e enfrentando limitações internas para sua própria atuação, seria esse um dos fatores que levaram ao entendimento dos superintendentes de que o processo se encontra atrasado?

Embora todas os documentos incluídos tenham relevância ao estudo, destacaram-se três normativas relacionadas direta e indiretamente ao processo de regionalização da saúde no Distrito Federal, a saber: (i) Ordem de Serviço nº 05, de 25/04/2005, que propôs a operacionalização da rede regionalizada e hierarquizada por meio da Central de Marcação de Consultas do Complexo Regulador do Distrito Federal, (ii) a Deliberação Colegiado de Gestão nº 09, de 02/12/2009 que instituiu Câmaras Técnicas Permanentes o que legitima a existência de uma instância de pactuação relevante para o processo de regionalização, e a Portaria nº 83, de 28/05/2010 por ter regulamentado o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde que possibilitou uma autonomia mínima para a tomada de decisão em nível local (PDPAS).

Foi possível demonstrar, por meio da análise lexicográfica, forte relação entre regulação assistencial ao processo de regionalização da saúde no Distrito Federal por meio de ordens de serviços diversas, sendo esta compreendida como uma das mais importantes evidências do estudo. Portanto, não falta normativa para orientar o processo, mas sim uma forte atuação gestora que junto

à participação social aproxime a temática à população, criando identidade para as Regiões de Saúde.

Todavia, ressalta-se que a regionalização não pode ser considerada como fim em si mesmo, mas sim como instrumentos para que sejam alcançados os princípios fundamentais do SUS – a universalidade, a integralidade e a equidade.

Ao caracterizar as Regiões de Saúde do Distrito Federal notou-se uma rede complexa e com diversidade de serviços por níveis de atenção, entretanto distanciada de planejamento do território, devido ao forte vazio assistencial observado. Ainda que seja compreendido como um avanço, notou-se que ao tornar as 15 Coordenações Gerais em 7 Regiões de Saúde, não mudou-se significativamente o perfil da distribuição espacial de serviços. Entende-se que o tempo ainda não foi suficiente para esse estudo de caso.

O discurso dos superintendentes confirmou que a regionalização da saúde ocorreu tardiamente no Distrito Federal. Demonstrou ainda que o Acordo de Gestão Regional (AGR), que contratualizou metas e indicadores entre a Administração Central e as Superintendências Regionais foi o instrumento de maior relevância para o processo de regionalização da saúde na atualidade, do qual substituiu instrumentos análogos subscritos anteriormente, mas que precisa ser atualizado, pois não encontra-se mais vigente. Contratualizar metas é realmente importante, pois evidencia a existência de pactuação. Pactuar significa regionalizar, pois como relatado pelos gestores, não é possível ter todos os serviços e níveis de atenção em todas as 31 Regiões Administrativas, tanto pela escassez de recursos, quanto pela inviabilidade de implantação.

Uma possível e necessária atualização do AGR deve considerar duas demandas de grande impacto: (i) a primeira e mais consensual delas refere-se à descentralização financeira e orçamentária para as SRS, na busca pela autonomia de realização dos processos de compras e contratações relacionadas às ações e serviços em nível local, distanciados o máximo possível da dependência da ADMC/SESDF, (ii) a segunda, pela incapacidade de oferta de serviços (leitos, consultas, exames) de algumas regiões e necessidade de pactuação formalizada entre as regiões de saúde, objetivando atingir o ápice contemporâneo das discussões da regionalização que seriam as macrorregiões de saúde, um arranjo territorial que agregaria as Regiões de Saúde, ainda inexistente no Distrito Federal. A Região de Saúde Centro-Sul, por exemplo, pela

insuficiência de leitos e equipamentos demanda serviços da Região de Saúde Central, mas ainda sem formalizações e responsabilizações.

O estudo de caso do Distrito Federal revelou que as Regiões de Saúde, que agrupam Regiões Administrativas que não são descentralizadas, possuem processo de descentralização inconclusos. Os resultados sugerem, portanto, a existência de um paradoxo, pois segundo as experiências brasileiras, entende-se que a regionalização da saúde orienta a descentralização (administrativa, financeira e de gestão). Ainda que não sejam descentralizadas, as Regiões de Saúde integram um processo de regionalização, pois além da capacidade de equipamentos públicos de saúde instaladas, mesmo que insuficientes nas suas modalidades, possui minimamente tomada de decisão segundo território e população definida, podendo gerenciar recursos – também mínimos a exemplo do PDPAS – com instrumentos normativos próprios, tais como o regimento interno de cada superintendência e iniciativas que possibilitam pactuação entre gestores tal como o AGR.

A guisa de conclusão, dispara-se a seguinte indagação: Como efetivar e organizar o SUS/DF por meio da regionalização em uma unidade federativa distinta que possui processo de descentralização inconcluso e com normatizações jurídicas frágeis, passíveis de mudança a cada nova gestão à frente do poder executivo? Compreende-se que, por ser híbrido territorialmente e considerado um único município, o Distrito Federal desde seus primórdios foi descentralizado, o que se espera é uma capilarização dessa descentralização para as regiões administrativas e por consequência, para as Regiões de Saúde. Todavia, enquanto os Estados necessitam pactuar com Municípios e União, o Distrito Federal dialoga diretamente com a esfera federal. Não seria essa uma característica facilitadora para o processo de regionalização da saúde no local estudado? Podemos estar diante de uma regionalização intramunicipal ainda não estudada ou contemplada nas diretrizes nacionais. Estudos futuros podem fazer dessa uma nova pergunta de pesquisa.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mello, GA. Viana, ALd'Á. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, out-dez. 2012, p. 1219-1239.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. Ministério da Saúde, Brasília/DF. 1990.
3. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 3 a edição 2ª reimpressão. Brasília – DF. 2009. 1-240 p.
4. Santos, L. Campos GWS. SUS Brasil: A região de saúde como um caminho a seguir. *Saude soc.* [Internet]. 2015 junho [citado em 2019 14 de fevereiro]; 24 (2): 438-446.
5. Hortale, VA. O conceito de descentralização aplicado aos serviços de saúde: dimensões, padrões e regularidades. *Revista de Administração Pública*, 31(3), 23-35, 1997.
6. Pereira, AL. Regionalização é o caminho! / Ana Lucia Pereira et al – São Paulo: Pyxis editorial : Cosems/SP, 2015, 100 p. - (Cadernos Cosems/SP. v. 4)
7. Lima, LD et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.7, pp.1903-1914. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, nº 216, 6 nov. 1996. Seção 1, p. 22932-40.
9. Gadelha, P. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015; 31 (10): 2047-2058. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001002047&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XDE011015>.
10. Hartshorne, RH. O Caráter da Geografia Regional, *Anais da Associação de Geógrafos Americanos*, 1939. p. 436-456, DOI:10.1080/00045603909357333.
11. Thevenin, JMR. o turismo e suas políticas públicas sob a lógica do capital. *Caderno Virtual de Turismo*. rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.122-133, abr. 2011.
12. Brasil. Ministério do Turismo. Coordenação Geral de Regionalização. Programa de Regionalização do Turismo - Roteiros do Brasil : Módulo Operacional 7 Roteirização Turística/ Ministério do Turismo. Secretaria Nacional de Políticas de Turismo. Departamento de Estruturação,

- Articulação e Ordenamento Turístico. Coordenação Geral de Regionalização. – Brasília, 2007. 51 p. : il.
13. Trentin, F. Fratucci, AC. Política Nacional de Turismo no Brasil: da municipalização à regionalização. *Int Conf Tour Stud.* 2011;l:839–48.
 14. Oliveira, TM. A Lei do Turismo – Lei 11 . 771 de 17 de setembro de 2008 : uma breve análise. *Rev Tur em Análise.* 2009;20(2):251–62.
 15. Brusadin, MLB. Avaliação do programa nacional de municipalização do turismo: diferentes visões. [Internet]. 21 p. 2005.
 16. Borges, LB. Programa de Regionalização do Turismo - Roteiros do Brasil: análise interdisciplinar de uma política pública em Goiás. 2008.
 17. Carvalho, GL. Região: a evolução de uma categoria de análise da geografia. *Boletim Goiano de Geografia* 22 (1): 135-153. jan/jun. 2002.
 18. Capel, H. Filosofía y Ciencia en la Geografía, siglos XVI-XXI, *Investigaciones Geográficas, Boletín, núm. 89, Instituto de Geografía, UNAM, México, pp. 5-22, 2016. DOI: doi.org/10.14350/rig.51371*
 19. La Blache, PV. As características próprias da geografia. 1913. Transcrito dos *Annales De Géographie*, 22 (124): 289-299, 1913. Título do original: "Des caractères distinctifs de la Géographie". Tradução de Odete Sandrini Mayer.
 20. Tamiotti, L. *Trade and the Environment: Fundamental Issues in International Law, WTO Law and Legal Theory* By Erich Vranes Oxford: Oxford University Press, 2009. *World Trade Rev* [Internet]. 2010;9(01):285–8.
 21. Forma, R. O Conceito de Região e o ensino de Geografia : Desencontros entre o saber escolar e o saber acadêmico. 2013; 1:21–37.
 22. Haesbaert, R. Da Desterritorialização à Multiterritorialidade. *Boletim Gaúcho de Geografia*, 29: 11–24, jan., 2003. Associação dos Geógrafos Brasileiros Portal de Periódicos. *Bol gaúcho Geogr.* 2012;39:13–24.
 23. Castro, D. Amorim, RLC. Atlas da exclusão social no Brasil: dinâmica da exclusão social na primeira década do Século XXI. 2005.
 24. Spedo, SM. Silva, PNR. Tanaka, OY. A Regionalização Intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): Um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. *Saude e Soc.* 2010;19(3):533–46.
 25. Dawson, B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. *Publicacion Científica nº 93.* Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1964.
 26. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.* – Brasília : CONASS, 2004. 124 p. (CONASS Documenta : 6).
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática.

- Regionalização Solidária e Cooperativa: Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3, p. 40. ISBN 85-334-1186-3.
28. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica 06/2006. Para entender o Pacto pela Saúde. Volume I Portaria nº 399 / 2006 e 699 / 2006.
 29. Costa, APC. Regionalização do Sistema Único de Saúde na Região do Juruá, Tarauacá/Envira, Acre, no início do século XXI [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2017.
 30. Noronha, JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 May; 29(5): 847-849. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>.
 31. Vazquez, DA. Modelos de classificação do Welfare State: as tipologias de Titmuss e Esping-Andersen. Pensamento & Realidade, [S.l.], v. 21, jan. 2012. ISSN 2237-4418. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/pensamentorealidade/article/view/8307>>. Acesso em: 20 nov. 2018.
 32. Esping-Andersen, Gosta. Como as três economias políticas do estado de bem-estar. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, p. 85-116, 1991. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-6445199100020000633>.
 34. Sengupta, A. Universal Health Coverage: Beyond Rhetoric. Munic Serv Proj Occup Pap [Internet]. 2013;(20):1–25.
 35. Wagstaff, A. Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems - Evidence from the OECD. Policy ReseaRch WoRking PaPeR 4821 Abstract, 2009.
 36. Scheineder, EC et al. Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care, 2017.
 37. Lima, LD. Crisis y neoliberalismo: desafíos y alternativas políticas para la construcción de sistemas universales de salud en América Latina. Cad Saude Publica [Internet]. 2017. Doi: 10.1590/0102-311X00047517
 38. Paim, JS et al. Sistema Único de Saúde: 30 anos de luta! Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 Jun; 23 (6): 1704-1704. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06612018>.
 39. Campos, GWS. SUS: o que e como fazer? Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 junho; 23 (6): 1707-1714. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>.
 40. Rizzotto, MLF. A reafirmação da democracia e do direito universal à saúde em tempos de ultraneoliberalismo. Cien Saude Colet [Internet]. 2018;23(6):1717–8. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05682018.
 41. Organização Pan-Americana de Saúde. 4 Série Técnica: 30 anos de SUS – Que SUS para 2030? Relatório de Pesquisa: Cenários e desafios do SUS desenhados pelos atores estratégicos. Brasília, 2018.

42. Levcovitz E. Lima, LD. Machado, CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2001. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>.
43. Gil, AC et al. Regionalização da saúde e consciência regional. HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. p. 35–46, 2006. ISSN: 1980-1726
44. Kehrig, Ruth Terezinha. Integralidade da atenção à saúde: suas expressões na organização tecnológica do trabalho em serviços locais de saúde [thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2001. Doi:10.11606/T.6.2001.tde-17072013-224945.
45. Carvalho, ALB; Jesus, WLA; Senra, IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017. 1155-1164. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>.
46. Campos Gastão Wagner de Sousa. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. Saude soc. [Internet]. 2006 . 23-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200004>.
47. Scatena, JHG. Tanaka, OY. A descentralização da saúde no Estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. Rev Panam Salud Pública [Internet]. p. 242–9. 2000.
49. Lima, LD. Viana, ALD. O processo de implementação de novas estruturas gestoras no sistema único de saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do RJ [dissertação de mestrado]. 1999, 192 p.
50. Scatena, JHG. Tanaka, OY. Os procedimentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. Saude soc. [Internet]. 2001. p. 47-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902001000200005>.
51. Ouverney, AM. Noronha, JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais [Internet]. Vol. 3, Fiocruz. 143-182 p. 2013.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em out. 2018.
53. Viana, ALD'Á, et al. Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde [Internet]. São Paulo em Perspectiva. 2008; 22 (1): 92-106. ISSN: 0102-8839.
54. Santos, PPAC. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde: instrumento de gestão administrativa em prol da responsabilidade sanitária. Cad. Iberoamericanos de Direito Sanitário. p. 103–19, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v4i2.175>.
55. Santos, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? Ciênc. saúde coletiva

- [Internet]. 2018. 23 (6): 2043-2050. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06082018>.
56. Gottens, LDB et al. Contratualização regionalizada de serviços públicos de saúde no Distrito Federal: relato de experiência. *Experiência Rev Eletrônica Gestão Saúde*. 07:1982–4785, 2016.
 57. Gottens, LDB et al. O Programa de Gestão Regional da Saúde no Distrito Federal. *Anais [X CONSAD] 2016*.
 58. Martinelli, NL. Viana, ALd'Á. Scatena, JHG. O Pacto pela Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. *Saúde debate [Internet]*. 2015. 39 (spe): 76-90. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005239>.
 59. Godoy, AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), 20-29, 1995. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>.
 60. Yin, RK. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 2 ed. Artmed Editora S.A. São Paulo. Trad. Daniel Grassi. 2001.
 61. Codeplan. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal – PDADDF – 2015, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-Distrito-Federal-1.pdf>>. Acesso em maio 2018.
 62. Costa, GG. *As regiões administrativas do Distrito Federal de 1960 a 2011*. 2011. 513, 165 f. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade de Brasília, Brasília, 2011.
 63. Brasil. Ministério da Integração Nacional. *Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno*. 2005. Disponível em: <http://www.mi.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=ad54e03d-3b2b-469f-8215-c50050eca9cd&groupId=63635>. Acesso em jul. 2018.
 64. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. *Diário Oficial da União*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em jul. 2018.
 65. Manzini, EJ. Entrevista Semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: *Seminário Internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos*, 2, 2004. 10 p. Bauru. *A pesquisa qualitativa em debate*. ISBN:85-98623-01-6.
 66. Caregnato, RCA. Mutti, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. Dezembro de 2006. 15 (4): 679-684. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>.
 67. Minayo, MDS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2004. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 269 p.
 68. Cavalcante, R. *Apostila de Introdução ao SIG*. Universidade Federal de Minas Gerais. 2015; 38 p. Disponível em: <

- <https://www.ufmg.br/proplan/wp-content/uploads/Apostila-de-Introdu%C3%A7%C3%A3o-ao-SIG-Proplan-2015.pdf>>. Acesso em set. 2018.
69. Câmara, G. Clodoveu, D. Monteiro, AMV. Introdução à ciência da geoinformação. 2001, São Paulo. 345 p. Disponível em: <http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1423/_introducao_a_ciencia_de_geoinformacao___inpe.pdf>. Acesso em set. 2018.
 70. Barcellos, C. et al. Georreferenciamento de dados de saúde na escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2008;17(1):59-70. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/1290>>. Acesso em set. 2018.
 71. Bardin, L. *Análise de conteúdo. rev. e atual.* Lisboa: Edições 70, 2009.
 72. Souza, MAR et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2018. Epub Oct 04, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>.
 73. Figueiredo, MZA, Brasília MC. Bárbara, NGG. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. *Distúrbios da Comunicação* [Online], 25.1 (2013): 2019.
 74. Lefevre, F. Lefevre, AMC. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e extensões comunicativas. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2014 jun. 23 (2): 502-507. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.
 75. Gondim, SMG. Fischer, T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. *Cad. Gestão Social*. Vol. 2, nº 1, 2009 ISSN: 1982-5447.
 76. Souza, RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2001. 6(2): 451-455. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200014>.
 77. Morosini, MVGC, Fonseca, AF, Lima, LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* 42 (2018): 11-24 p.
 78. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *A Reforma da Saúde no Distrito Federal: gestão resolutiva e evidências de efetividade*. 248 p, Brasília - Distrito Federal, 2019.
 79. Viana, ALd'Á et al. Tipologia das regiões de saúde: determinantes estruturais da regionalização no Brasil. *Saude soc.* [Internet]. 2015 junho; 24(2): 413-422. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>.
 80. Quedário, PHD. Jorge, MSB, Franco, TB. Rede de Atenção Psicossocial: o lugar da saúde mental? *Physis* [Internet] 2014 mar. 24(1): 253-271. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>.
 81. Oliveira, CM, Casanova, OA. *Vigilância da saúde no espaço de práticas da*

- atenção básica. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2009 jun. 14(3): 929-936. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029>.
82. Campos, RTO et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde debate [online]. 2014, vol.38, pp.252-264. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>.
83. Moura, BLA et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2010, vol.10, suppl.1, 69-s81. ISSN 1519-3829. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500007>.
84. Figueiredo, EN. A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. Curso de Especialização em Saúde da Família - UNA-SUS. UNIFESP, 2012.
85. Malta, DC et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2016, vol.21, n.2, p. 327-338. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>.
86. Goncalves, RMA et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. Rev. bras. saúde ocup. [online]. 2015, vol.40, n.131, pp.59-74. ISSN 0303-7657. <http://dx.doi.org/10.1590/0303-7657000078013>.
87. Lancman S, Barros J. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. RTO [Internet]. dez.2011; 22 (3): 263-9. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i3p263-269>.
88. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
89. Erdmann AL. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. RLAE [Internet]. 2013. 21(spe):131-9. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/52935>>. Acesso em jan. 2019.
90. Vieira, PR. Em busca de uma teoria de descentralização. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1409-1425, Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122012000500011>.
91. Viana, C. Determinantes da descentralização. Rev. bras. Ci. Soc., São Paulo, v. 29, n. 85, p. 210-213, jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092014000200014>.
92. Santos, Lenir. Regionalizando a descentralização: região de saúde como imposição constitucional ou como ato de vontade dos entes federativos. Campinas: Idisa, 2012.
93. Barata, LRB, Tanaka, OY, Mendes, JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2004 mar. 13(1): 15-24.

<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000100003>.

94. Silva, SF; Sousa, NM. Barreto, JOM. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.11, pp.4427-4438. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.16612013>.
95. Arretche, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.2, p. 331-345. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200002>.
96. Dourado, DA. Elias, PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.1, pp.204-211. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>.
97. Gondim, GMM et al. In: Miranda, AC et al. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.237-255.
98. Brasil. Ministério Da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Anexo. Diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS.
99. Brasil. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Regionalização da saúde: posicionamento e orientações*. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-2.pdf>>. Acesso em 16 fev. 2019.
100. Mello, GA et al. Uma revisão sistemática do processo de regionalização do Sistema Único de Saúde, SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.4, pp.1291-1310. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>.

APÊNDICE I

Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologias em Saúde
Coparticipante: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 1990 a 2018: UM ESTUDO DE CASO.

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista número: _____ Data de preenchimento: ____/____/2018.

INSTRUÇÕES: Esta entrevista ocorrerá a partir da (s) vivência (s), percepção (ões), expectativa (s), atuação e conhecimento (s) sobre o processo de regionalização em saúde no Distrito Federal. Dessa forma, inexitem respostas certas ou erradas. O objetivo é conhecer o processo da regionalização em saúde no Distrito Federal no período de 1990 a 2018 a partir da trajetória do/a entrevistado/a. Mesmo que você não tenha domínio conceitual, é importante que responda aquilo que acredita ser. Será garantido à Vossa Senhoria a confidencialidade de identidade e das informações cedidas, resguardando a realização da entrevista em um ambiente agradável ou de sua escolha. A entrevista está programada para ocorrer no decorrer de 30 a 60 minutos. Agradecemos a participação!

DIMENSÃO 1 - PERFIL DO/A GESTOR/A:

Área de Formação: _____.

Qual cargo ocupa na atualidade: () Superintendente Regional de Saúde.

() Diretor de Atenção Primária em Saúde.

Tempo de Atuação como gestor/a em anos: _____.

Participou de alguma Conferência Nacional de Saúde:

() Não () Sim. Se sim, qual? _____.

Participou de alguma Conferência de Saúde do Distrito Federal:

() Não () Sim. Se sim, qual? _____.

Participou de alguma Conferência Regional de Saúde do Distrito Federal:

() Não () Sim. Se sim, qual? _____.

└

DIMENSAO 2 – PERGUNTAS:

1. O que você compreende por descentralização em saúde?
2. O que você compreende por regionalização em saúde?
3. Na sua opinião, qual a relação existente entre descentralização e regionalização?
4. No seu ponto de vista, a natureza político-administrativa do Distrito Federal favorece ou limita a implantação/implementação da regionalização em saúde na região?
5. No seu ponto de vista, a regionalização ocorre em momento oportuno?
6. Quais seriam as instâncias envolvidas com o processo de regionalização na sua Região de Saúde? Liste-as.
7. Qual instrumento normativo ou político de regionalização você utiliza em sua região?
8. Participou das discussões de organização do processo de regionalização em saúde no Distrito Federal?
9. O que o processo de regionalização em saúde no Distrito Federal tem de diferente ao processo de regionalização em saúde no Brasil?
10. Existem fatores que favorecem ou que dificultem o processo de regionalização em saúde em curso? Quais deles são próprios de cada uma das esferas de gestão do SUS?
11. Em sua perspectiva, qual o impacto da regionalização da saúde na Atenção Primária?

DIMENSAO 3 – OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:

1. Haveria alguma contribuição que gostaria de fazer para elucidação do processo de regionalização em saúde no Distrito Federal que não foi lhe questionado?
2. Gostaria de realizar um comentário final sobre a realização deste estudo?

APÊNDICE II



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



TERMO DE ANUÊNCIA DE COPARTICIPAÇÃO / CONCORDÂNCIA


ANEXO I

O Secretário de Saúde do Distrito Federal, Humberto Lucena Pereira da Fonseca, está de acordo com a realização, nesta instituição, da pesquisa "**Regionalização em Saúde no Distrito Federal no período de 1990 a 2018: Estudo de Caso**", de responsabilidade do pesquisador Danylo Santos Silva Vilaça, orientado pela Profa. Dra. Patrícia Maria Fonseca Escalda – Universidade de Brasília, com a finalidade de analisar o processo de regionalização em saúde no Distrito Federal, considerando a relevância deste princípio organizativo – compreendido como orientador da descentralização – com significativa relevância e instrumento de gestão para resolutividade do SUS DF. Esta pesquisa será realizada com a participação voluntária de superintendentes regionais e diretores de atenção primária em saúde da SES/DF, com previsão de início em 01/04/2018 ou a partir da data de aprovação da pesquisa por Comitê de Ética em Pesquisa corresponsável, conforme Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, 2012.

O estudo envolve, apenas os itens citados abaixo:

- Realização de entrevistas.
- Captação de som/áudio para transcrição e análise.
- outro: _____.

O pesquisador responsável informa que o projeto de pesquisa está sendo analisado pelo CEP da Instituição Proponente (Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília) e está ciente que as etapas do estudo envolvendo a SES-DF ou entidades vinculadas, somente poderão ser iniciadas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS-DF.

Pesquisador Responsável: 
Danylo Santos Silva Vilaça

Brasília, 07 / 02 / 2018

Responsável da SES-DF: 
Humberto Lucena Fonseca da Pereira
Secretário de Estado de Saúde

APÊNDICE III



Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologias em Saúde
Coparticipante: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 1990 a 2018: UM ESTUDO DE CASO, Danylo Santos Silva Vilaça, Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira, José Antônio Iturri de La Mata, Patrícia Maria Fonseca Escalda, Sílvia Maria Ferreira Guimarães.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar do projeto de pesquisa “*Regionalização em Saúde no Distrito Federal no período de 1990 a 2018: Estudo de Caso*”, sob a responsabilidade do pesquisador **Danylo Santos Silva Vilaça**. O projeto faz parte da elaboração de dissertação de mestrado acadêmico e resulta da necessidade de análise e intervenção do fenômeno da descentralização e regionalização em curso na região do Distrito Federal, um ente federativo diferenciado para efetivação destes princípios organizativos do sistema de saúde em vigência no Brasil.

O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de regionalização em saúde no Distrito Federal. Este estudo destina-se à investigação da regionalização em saúde, especificamente a sua historicidade e contemporaneidade na região descrita no período de 1990 a 2018. Estudar a regionalização da saúde na atualidade é considerar os novos arranjos de gestão que o Sistema Único de Saúde utiliza para constituir-se como resolutivo.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação se dará por meio de entrevista semiestruturada (cujo significado consiste em perguntas previamente estabelecidas, mas que novas contribuições por parte do participante poderão ser consideradas), em ambiente restrito e silencioso, em que estará presente somente o participante de pesquisa e pesquisador, com data e horários de realização previamente agendados entre as partes interessadas com um tempo estimado de 30 a 60 minutos de entrevista. A entrevista será gravada e transcrita, utilizada apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em congressos, conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais, elaboração textual, livros e artigos de caráter científico.

. De acordo com a Resolução 466/2012 do CNS, os riscos da pesquisa envolvem possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou

espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente. Para tanto, entende-se que o presente estudo possui riscos e estão situados em esfera moral, intelectual, social e psicológica. Ciente destas possibilidades, afirma-se que inexistem respostas certas ou erradas que podem acarretar riscos intelectuais aos participantes de pesquisa. Buscar-se-á local seguro e reservado para que as respostas fornecidas sejam utilizadas única e exclusivamente para fins de pesquisa, tomando-se inaceitável a sua publicitação identificada. Este objetivo do estudo, que envolve entrevistas com participantes de pesquisa, será analisado por meio de técnica que minimiza qualquer tipo de identificação dos participantes. Se você aceitar participar, estará contribuindo para análise e intervenção do fenômeno da regionalização em saúde no Distrito Federal, cujas pesquisas neste local e período são inferiores à relevância do tema para a gestão dos serviços de saúde, bem como à integralidade assistencial por ele consignado. O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será exclusivamente voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão divulgados parcialmente no Banco de Dissertação da Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão devidamente descartados. A autorização de imagem e de som de voz se faz necessária devido a gravação da entrevista. A autorização de som e imagem será obtida por meio de termo específico, mas esclarece-se que a gravação será utilizada para transcrição e análise por parte da equipe de pesquisa, não cabendo a divulgação para fins externos, garantindo a confidencialidade. Não haverá filmagem da entrevista.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: **Danylo Santos Silva Vilaça**, no telefone (61) 9 81583258 – (61) 35772687, disponível inclusive para ligação a cobrar ou por meio de aplicativo de mensagens instantâneas. É possível, ainda, contatar o/a pesquisador/a responsável por meio do e-mail: danylovilaca.unb@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua

integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa também podem ser obtidas por meio do telefone: (61) 3325-4955 ou pelo e-mail: comitedeetica.secraria@gmail.com. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Assinatura Participante

Pesquisador Responsável - Danylo Santos Silva Vilaça

Brasília, ____ de _____ de 2018.

APÊNDICE IV



Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologias em Saúde
Coparticipante: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 1990 a 2018: UM ESTUDO DE CASO. Danylo Santos Silva Vilaça, Clelia Maria de Sousa Ferreira Parreira, José Antônio Iturri de La Mata e Patrícia Maria Fonseca Escalda (Orientadora).

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado (a) no projeto de pesquisa intitulado “*Regionalização em Saúde no Distrito Federal no período de 1990 a 2018: Estudo de Caso*”, sob responsabilidade do pesquisador *Danylo Santos Silva Vilaça*, vinculado ao *Programa de Pós-Graduação Ciências e Tecnologias da Saúde da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília*. Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em congressos, conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais, elaboração textual, livros e artigos de caráter científico.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do (a) pesquisador (a) responsável. Fica resguardado o direito de abandono da participação na pesquisa por parte do entrevistado/participante a qualquer momento de realização da pesquisa, até que a mesma seja concluída.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) pesquisador (a) responsável pela pesquisa e a outra com o (a) participante.

Assinatura do (a) participante

Nome e Assinatura do (a) pesquisador (a)
Danylo Santos Silva Vilaça

Brasília, ____ de _____ de 2018.

APÊNDICE V

Análise do conteúdo dos instrumentos normativos e decisórios de regionalização em saúde publicados no Diário Oficial do Distrito Federal, 2002 a 2017.

N	ANO	MATERIAL ANALISADO	DESCRIÇÃO OU HIPÓTESE / INTERPRETAÇÕES
1	2002	Ata 3.713, sessão ordinária de 21 de novembro de 2002, do Tribunal de Contas do Distrito Federal e Territórios.	Discute-se realização de estudos para operacionalização da Emenda Constitucional nº 29, que vinculou receita de impostos ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde. A regionalização em saúde é tida como um dos critérios de apuração das aplicações em ações e serviços públicos de saúde (Art. 198 da Constituição).
2	2002	Decisão 05, 92º Reunião Ordinária, 25 de junho de 2002, Conselho de Saúde do Distrito Federal	Aprovação de parecer de uma conselheira de saúde, favorável a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/DF, bem como do Plano Diretor de Regionalização/PDR; Plano Diretor de Investimento/PDI, Programação Pactuada Integrada/PPI, encaminhada ao Ministério da Saúde “ <i>ad referendum</i> ” do Conselho de Saúde do Distrito Federal por meio da SESDF.
3	2003	Ata 3.736, Sessão Ordinária de 03 de abril de 2003, do Tribunal de Contas do Distrito Federal e Territórios	Exame da compatibilidade entre os instrumentos de planejamento e orçamento (Plano de Desenvolvimento Econômico e Social, Plano Plurianual e Lei de Diretrizes Orçamentárias) e as Regiões Administrativas. A Constituição Federal, ao tratar de regionalização, refere-se a macrorregiões nacionais, as quais têm suas fronteiras muito mais facilmente delimitadas, para fins de intervenção pública, do que as diversas regiões administrativas do Distrito Federal, cujas áreas, populações, atividades econômicas, sociais e culturais se mesclam e interagem de forma intensa. Reconheceu-se as deficiências do planejamento distrital esclarecendo que a Subsecretaria de Planejamento esteve trabalhando no desenvolvimento de um novo modelo, o qual deverá ser amplamente debatido e implementado quando da reestruturação administrativa do Governo do Distrito Federal.

Continua.

Continuação

4	2003	Sessão Ordinária de 03 de abril de 2003, Decisão 1.781, do Tribunal de Contas do Distrito Federal e Territórios	Nesta decisão, o Tribunal, em acordo com o relator votou parcialmente atendidos alguns elementos que acompanharam a PLOA/2002, dentre eles a regionalização, haja vista que não possibilita quantificação dos valores efetivamente previstos para cada uma das Regiões Administrativas (92,88% dos recursos estavam genericamente destinados à região Distrito Federal).
5	2004	Sessão Ordinária de 03 de fevereiro de 2004, Ata 3.806 do Tribunal de Contas do Distrito Federal e Territórios	Constatação de aprimoramento em relação ao plano anterior, já que algumas das inconsistências apontadas nestes autos foram melhoradas, em especial, a questão da regionalização e a discriminação físico financeira das ações.
6	2004	Portaria nº 10, de 30 de janeiro de 2004, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Criação e designação de Grupo de Trabalho com objetivo de revisar e atualizar o Plano Diretor e Regionalização, o Plano Diretor de Investimentos e a Programação Pactuada e Integrada.
7	2004	Portaria nº 13, de 02 de fevereiro de 2004, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Designação de membros para compor o Grupo de Trabalho com objetivo de revisar e atualizar o Plano Diretor e Regionalização, o Plano Diretor de Investimentos e a Programação Pactuada e Integrada.
8	2004	Portaria nº 89, de 28 de junho de 2004, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Definição de campos de práticas de ensino-aprendizagem dos Cursos de Graduação da ESCS/FEPECS/SES/DF, que considerassem em sua prática de saúde o desenvolvimento e prática de conceitos e tecnologia de trabalho em saúde necessário à formação de competências e habilidades de profissionais de saúde, e dentre eles a territorialidade e trabalho com população adstrita, regionalização, descentralização, assistência integral, trabalho em rede e integralidade da atenção.
9	2004	Decisão nº 06, de 11 de maio de 2004, Conselho de Saúde do Distrito Federal	Aprovação de parecer favorável ao Plano Diretor de Regionalização do Sangue do Distrito Federal.
10	2005	Ordem de Serviço 01, de 27 de janeiro de 2005, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Vincula-se o Processo Regulatório da Assistência à Saúde à Regionalização prevista no Plano Diretor e Regionalização do Distrito Federal. Implantou-se as Coordenações de Organização e Regulação Assistencial (CORAS). Estabeleceu-se que as CORAS ficariam sediadas nas Plataformas Regulatórias e Unidades Referenciais.

Continuação.

11	2005	Ordem de Serviço nº 02, de 11 de fevereiro de 2005, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Cria-se a Coordenação-Geral de Gestão da Regulação das Redes Assistenciais, diretamente subordinada ao Gabinete do Subsecretário de Planejamento e Políticas de Saúde, que dentre outras competências deve monitorar as ações de programação, contratualização, regionalização e descentralização da assistência que sejam consoantes à regulação assistencial, enquanto processo de atenção à saúde. Esta ordem de serviço foi extinta após a publicação da Diretoria de Gestão da Regulação das Redes Assistenciais da Subsecretaria de Planejamento e Políticas de Saúde.
12	2005	Ordem de Serviço nº 03, de 17 de fevereiro de 2005 da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	A Coordenação Geral de Gestão da Regulação das Redes Assistenciais, dentre outras competências, deveria monitorar as ações de programação, contratualização, regionalização e descentralização da assistência que sejam consoantes à regulação assistencial, enquanto processo de atenção à saúde. Tornou sem efeito a Ordem de Serviço nº 02.
13	2005	Ordem de Serviço nº 05, de 25 de abril de 2005, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	A partir do início das atividades da Central de Marcação de Consultas do Complexo Regulador do Distrito Federal, o sistema de saúde estará sendo operacionalizado como uma Rede Hierarquizada e Regionalizada de Serviços de Saúde e mesmo que a preferência de marcação da consulta especializada ocorra em serviço próximo a residência do paciente, a marcação poderá ocorrer em local distante, devido às diferenças de capacidade instalada entre as Regiões de Saúde, salvaguardando a oportunidade do acesso a despeito da proximidade geográfica.
14	2005	Ordem de Serviço conjunta nº 06, de 12 de setembro de 2005, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Considerando a necessidade de regionalização do processo regulatório e do Complexo Regulador da SESDF foram criadas seis Plataformas Regulatórias, uma em cada Região de Saúde do Plano Diretor e Regionalização do Distrito Federal, situadas no Gama, Taguatinga, Sobradinho, Paranoá, Asa Sul e Asa Norte, sedes das CORAS, em representação técnica da regulação em nível regional.
15	2005	Ordem de Serviço S/N, de 09 de junho de 2005, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Faz referência à ordem de Serviço 01, como forma de vincular o Processo Regulatório da Assistência à Saúde à Regionalização prevista no Plano Diretor e Regionalização do Distrito Federal, visando a hierarquização da rede assistencial em busca de maior equidade no acesso da população.

Continuação.

16	2005	Ordem de Serviço S/N de 15 de abril de 2005, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Institui a Coordenação de Organização e Regulação Assistencial, Plataforma Asa Norte do Hospital Regional da Asa Norte, quanto a operacionalização, composição mínima e perfil dos profissionais que irão compor a CORA, com a finalidade de operacionalizar o agendamento das consultas provenientes da Atenção Básica para a Atenção Especializada, através do Complexo Regulador da SESDF utilizando como sistema informacional o SISREG/DATASUS.
17	2005	Ordem de Serviço nº 25, de 09 de maio de 2005, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Institui a Coordenação de Organização e Regulação Assistencial, Plataforma Gama do Hospital Regional do Gama, quanto a operacionalização, composição mínima e perfil dos profissionais que irão compor a CORA, com a finalidade de operacionalizar o agendamento das consultas provenientes da Atenção Básica para a Atenção Especializada, através do Complexo Regulador da SESDF utilizando como sistema informacional o SISREG/DATASUS.
18	2005	Ordem de Serviço de 29 de setembro de 2005, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Instituiu-se a Coordenação de Organização e Regulação Assistencial Plataforma Asa Norte (CORAS - Asa Norte), do Hospital Regional da Asa Norte, de acordo com a operacionalização, composição mínima e perfil dos profissionais que irão compor a CORA.
19	2005	Resolução nº 22/2005, de 14 de junho de 2005, do Conselho de Saúde do Distrito Federal	Aprovação de parecer favorável ao Plano Diretor e Regionalização do Distrito Federal versão 2005.
20	2006	Ordem de Serviço Conjunta nº 01, de 16 de fevereiro de 2006, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Trata-se da regulação da assistência em oftalmologia e faz referência à ordem de Serviço 01 e 03, de 27 de janeiro e 17 de fevereiro de 2005 respectivamente, como forma de vincular o Processo Regulatório da Assistência à Saúde à Regionalização prevista no Plano Diretor e Regionalização do Distrito Federal, visando a hierarquização da rede assistencial em busca de maior equidade no acesso da população.

Continuação.

21	2007	Portaria nº 19, de 06 de julho de 2007, do Conselho de Saúde do Distrito Federal	Objetivando implantar o Modelo de Gestão para Resultados do Governo do Distrito Federal, seguiu-se as diretrizes do Pacto pela Saúde (Portaria n 399 GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006), que preconiza a descentralização, a regionalização, o financiamento, a Programação Pactuada e Integrada, a regulação, a participação social e o planejamento ascendente. Instituiu Grupo de Trabalho para Implantação do Planejamento Estratégico Ascendente SESDF, no âmbito da Administração Central da SESDF, supervisionado pelo Secretário Adjunto e composto por servidores de Nível Central e das Regiões de Saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização.
22	2007	Resolução nº 17, de 28 de agosto de 2007, do Conselho de Saúde do Distrito Federal	Aprovação do parecer favorável ao Plano Diretor e Regionalização do Sangue do Distrito Federal 2008/2011, constante nos autos do processo: 063.000.242/2007.
23	2008	Portaria nº 18, de 28 de junho de 2007, do Conselho de Saúde do Distrito Federal	Objetivando implantar o Modelo de Gestão para Resultados do Governo do Distrito Federal, seguiu-se as diretrizes do Pacto pela Saúde (Portaria n 399 GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006), que preconiza a descentralização, a regionalização, o financiamento, a Programação Pactuada e Integrada, a regulação, a participação social e o planejamento ascendente. Instituiu Grupo de Trabalho para Implantação do Planejamento Estratégico Ascendente SESDF, no âmbito da Administração Central da SESDF, supervisionado pelo Secretário Adjunto e composto por servidores de Nível Central e das Regiões de Saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização.
24	2008	Resolução 19, 31 de julho de 2008, do Conselho Gestor de Parcerias Público Privadas – CGP	Dispõe sobre a solicitação de manifestação de interesse para apresentação de projetos, estudos, levantamentos ou investigações para a construção, governança e manutenção de Unidades Hospitalares localizadas nas Regiões Administrativas do Recanto das Emas e de São Sebastião, ambas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal compatíveis com o Plano Diretor de Regionalização.

Continuação.

25	2008	Resolução 22, 26 de agosto de 2008, Conselho Gestor de Parcerias Público Privadas - CGP	Dispõe sobre a solicitação de manifestação de interesse para apresentação de projetos, estudos, levantamentos ou investigações para a construção, governança e manutenção de Unidades Hospitalares localizadas nas Regiões Administrativas do Recanto das Emas e de São Sebastião, ambas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal compatíveis com o Plano Diretor de Regionalização. Revoga a Resolução 19 – CGP.
26	2009	Portaria 13 Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Ao considerar todo o arcabouço que estabelece a regionalização enquanto diretriz do SUS, institui, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Grupo de Condução Central para a implantação da estratégia de redes articuladas e integradas de saúde, participando das etapas do processo: (i) elaboração do plano operativo para a implementação das redes regionalizadas de atenção, (ii) pactuação dos compromissos, ofertas, fluxos e mecanismos de regulação, atinentes às ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância da saúde na redes regionalizadas de atenção à saúde, (iii) fortalecimento e qualificação da gestão regional, (iv) estabelecimento de indicadores qualiquantitativo para acompanhamento e avaliação da implementação das redes regionalizadas, articuladas e integradas de atenção à saúde.
27	2009	Deliberação 09, de 02 de dezembro de 2009, do Colegiado de Gestão da SESDF	Considerando a regionalização como diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto pela Saúde que deve orientar a descentralização, e o disposto no Termo de Compromisso de Gestão do DF, no eixo 2 “Responsabilidades na Regionalização” e considerando que a SESDF, em 2007, propôs ao CSDF a implantação do Colegiado de Gestão da SESDF, composto por gestores do nível central e das Regiões de Saúde estabelecidas no Plano Diretor e Regionalização do DF, bem como dos sete Colegiados de Gestão das sete Regiões de Saúde, reconhecidos pela resolução nº 35 de 11 de dezembro de 2007, esta deliberação instituiu as Câmaras Técnicas Permanentes do Colegiado de Gestão da SES/DF nomeando os seus respectivos membros.
28	2010	Ordem de Serviço 01 da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Criação do Serviço de Pneumologia no âmbito do Hospital Regional da Asa Norte considerando a necessidade de regionalização do novo modelo assistencial, a prioridade de vigilância à saúde como referência terciária em Gripe A H1N1, a redefinição do papel institucional da Secretaria de Estado de Saúde e a existência de médicos pneumologistas e recursos materiais/estruturais.

Continuação.

29	2010	Portaria nº 15, de 26 de janeiro de 2010, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Definição de campos de práticas de ensino-aprendizagem dos Cursos de Graduação da ESCS/FEPECS/SES/DF, que considerassem em sua prática de saúde o desenvolvimento e prática de conceitos e tecnologia de trabalho em saúde necessário à formação de competências e habilidades de profissionais de saúde, e dentre eles a territorialidade e trabalho com população adstrita, regionalização, descentralização, assistência integral, trabalho em rede e integralidade da atenção.
30	2010	Portaria nº 199, de 26 de novembro de 2010, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	A regionalização dos cenários de ensino para integração ensino serviço é compreendida como linha de enfrentamento para a melhoria da educação na saúde no âmbito da SESDF.
31	2010	Portaria nº 83, de 28 de maio de 2010, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Regulamenta o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS), instituído pelo Decreto nº 31.625, de 29 de abril de 2010. Considerando a necessidade de regulamentar o PDPAS, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Aprovou-se a norma para regulação do PDPAS. Quando totalmente implementada a desconcentração administrativa e financeira da Saúde no Distrito Federal, as Regionais de Saúde passariam a ter grande parte das responsabilidades atribuídas aos municípios. As Diretorias Gerais de Saúde responsabilizavam-se pelas ações e Serviços de Saúde no território das respectivas Regionais de Saúde, tal como definido no Plano Diretor e Regionalização do Distrito Federal e suas atualizações.
32	2010	Decreto nº 32.108, de 25 de agosto de 2010	Institui a Política Distrital sobre Drogas e cria o Sistema Distrital de Política sobre Drogas que será estruturada, de acordo com algumas diretrizes e dentre elas: a regionalização das ações relacionadas à prevenção e combate às drogas, com a efetiva participação da sociedade.
33	2011	Portaria nº 99, de 21 de junho de 2011, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Refere-se ao Termo de Referência de Integração Ensino Serviço no Contexto do Sistema Único do Distrito Federal, cujas vagas para estágio estiveram em acordo com o a capacidade instalada da SESDF, que guarde consonância com as diretrizes curriculares referentes ao curso, em cenários regionalizados referenciados ao Plano Diretor e Regionalização, considerando, preferencialmente, o Plano Diretor e Regionalização onde a Instituição de Ensino está localizada.

Continuação.

34	2012	Portaria nº 191, de 13 de setembro de 2012, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Faz menção ao Decreto n 7.508/2011, que regulamenta a Lei n 8.080/1990, considerando a regionalização, a descentralização das ações e Serviços de Saúde e a organização da Rede de Atenção à Saúde para aprovar a nova terminologia física dos Centros Cirúrgicos dos hospitais da rede SESDF que passa a ser denominada Unidade Cirúrgica de Assistência Especializada – UCAE.
35	2012	Portaria nº 184, de 12 de setembro de 2012, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Aprova a Política Distrital de Prevenção do Suicídio com os seguintes princípios: universalidade do atendimento, atenção integral às pessoas em sofrimento psíquico, organização da rede de atendimento, conforme hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização e a intersetorialidade no desenvolvimento de ações.
36	2012	Resolução nº 390, de 22 de maio de 2012 do Conselho de Saúde do Distrito Federal	Aprova as diretrizes de reestruturação, organização e funcionamento dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal. Dentre outras competências, cabem aos Conselhos Regionais de Saúde, estabelecer diretrizes e critérios operacionais para garantir o acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, no âmbito do SUS, sob a diretriz da hierarquização, regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.
37	2013	Lei nº 5.289, de 30 de dezembro de 2013. Anexo XXI, competências da Secretaria de Saúde do Distrito Federal	Estima a Receita e fixa a Despesa do Distrito Federal para o exercício financeiro de 2014. Estabelece, dentre outras, a competência da SESDF na cooperação técnica para a promoção da regionalização e da organização dos sistemas regionais de saúde.
38	2014	Lei nº 5.442, de 30 de dezembro de 2014. Anexo XXI, competências da Secretaria de Saúde do Distrito Federal	Estima a Receita e fixa a Despesa do Distrito Federal para o exercício financeiro de 2015. Estabelece, dentre outras, a competência da SESDF na cooperação técnica para a promoção da regionalização e da organização dos sistemas regionais de saúde.

Continuação.

39	2015	Portaria nº 74, de 29 de abril de 2015, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Regulamenta os Programas de Residências em Área Profissional da Saúde: modalidade Multiprofissional e Uniprofissional da Escola Superior de Ciências da Saúde, estas serão orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais, de forma a contemplar os seguintes eixos norteadores: descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde.
40	2015	Portaria nº 192, de 23 julho de 2015, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Cria-se Grupo de Trabalho com a finalidade de construção dos Fluxos Assistenciais para a Especialidade Cirurgia Pediátrica, em especial, para o atendimento de Urgência e Emergência, considerando que desde 2009 há regionalização do atendimento de Urgência Emergência com o encaminhamento organizado e dividido entre o Hospital de Base do Distrito Federal e Hospital Materno Infantil de Brasília, atendendo as diversas Regionais da SES/DF e o entorno.
41	2015	Portaria nº 204, de 19 de agosto de 2015 da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Designa-se Grupo de Trabalho para analisar o modelo de gestão do SUS-DF e o modelo de atenção à saúde, bem como para propor mudanças com vistas à descentralização da gestão em saúde e organização das Redes de Atenção à Saúde e, se necessário, propor reformulações no modelo de gestão, de regionalização e nas funções e responsabilidades assistenciais, administrativas e financeiras da Administração Central, das Regiões de Saúde, das Unidades de Referência Distrital e das unidades de saúde para melhorar o desempenho do SUSDF.
42	2015	Sessão Ordinária nº 4782, 11 de junho de 2015 – Decisão nº 2094/2015 do Tribunal de Contas do Distrito Federal	Auditoria realizada na SESDF, objetivando identificar os principais problemas de gestão que afetam a qualidade da cadeia de serviços de Atenção Primária à Saúde com foco na resolutividade, acesso, atendimento e estrutura de Tecnologia da Informação, avaliando as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas. O TCDFT decide que a SESDF preste apoio institucional às Coordenações Regionais de Saúde no levantamento das necessidades de saúde da população, definindo periodicidade, metodologia e requisitos de coleta e tratamento de dados, respeitando os princípios da territorialização e regionalização do SUS.

Continuação.

43	2016	Resolução nº 465, de 04 de outubro de 2016, do Conselho de Saúde do Distrito Federal	Apresenta diretrizes para a reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, considerando o Relatório Final da 9 Conferência de Saúde do Distrito Federal, que determina em seus Eixos 1 (proposta 1), 4 (proposta 2) e 5 (proposta 5) a descentralização e regionalização da atenção em saúde, tendo a Estratégia de Saúde da Família como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e cobertura mínima de 80 em todo o Distrito Federal.
44	2017	Portaria nº 455, de 30 de agosto de 2017, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Realização da 1ª Mostra de Experiências Inovadoras no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, fazendo menção ao Decreto 37.515, de 26 de julho de 2016, que institui o Programa de Gestão Regional da Saúde para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal, com vistas ao desenvolvimento da Atenção Integral à Saúde. A regionalização e conformação das Redes de Atenção à Saúde, bem como a regionalização e aplicação das ferramentas de planejamento compuseram algumas das categorias da Mostra.
45	2017	Portaria nº 363, de 07 de julho de 2017, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Dispensa de controle de ponto para servidores matriculados em cursos diversos, considerando a necessidade de capacitação de gestores em nível central e regional.
46	2017	Resolução nº 478, de 14 de fevereiro de 2017, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Tratou-se da organização da Conferência de Saúde da Mulher de abrangência no Distrito Federal, mediante a realização das Etapas Regionais que compreende sete Regiões de Saúde do Distrito Federal. Considera Região de Saúde do Distrito Federal, definidas no Plano Diretor e Regionalização da Saúde do DF.
47	2017	Resolução nº 488, de 11 de julho de 2017, do Conselho de Saúde do distrito federal	Apresenta diretrizes para a organização dos serviços de urgência e emergência da SESDF, considerando o Decreto_Federal_7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei_8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.
48	2017	Resolução nº 492, de 10 de outubro de 2017, do Conselho de Saúde do Distrito Federal	Aprovação do Regimento Interno da 1ª Conferência de Vigilância em Saúde do Distrito Federal, mediante a realização das Etapas Regionais que compreendendo as sete Regiões de Saúde do Distrito Federal, definidas no Plano Diretor e Regionalização.

Fonte: Diário Oficial do Distrito Federal, 2002 a 2018. Elaborado em acordo com o Quadro Resumo do Livro Análise de Conteúdo Bardin, 2016 (pag. 172).

ANEXO I

Dados do Pedido

Protocolo	00060000292201811
Solicitante	Danylo Santos Silva Vileça
Data de abertura	11/05/2018
Orgão Superior Destinatário	Secretaria de Estado de Saúde - SES
Orgão Vinculado Destinatário	
Prazo de atendimento	04/06/2018
Situação	Respondido
Status da Situação	Acesso Concedido (Resposta solicitada inserida no e-SIC)
Forma de recebimento da resposta	Pelo sistema (com avisos por email)
Descrição	Solicito à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, bem como da Diretoria de Regionalização e Subsecretaria de Planejamento e Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, os Acordos de Gestão Regional objetivando acessar as capacidades e equipamentos públicos de saúde instalados por cada uma das sete Regiões de Saúde do Distrito Federal, no que se refere à (i) Atenção Primária à Saúde, (ii) Rede de Atenção Psicossocial, (iii) Vigilância em Saúde, (iv) Rede de Urgência e Emergência e (v) Rede de Atenção Especializada e Ambulatorial e ainda, o (vi) quantitativo de servidores públicos/profissionais de saúde atuantes em cada nível de atenção e por região, além do quantitativo de Conselhos de Saúde atuantes em cada Região de Saúde, para fins de estudo técnico-científico referente ao processo de regionalização em saúde no Distrito Federal.

Dados da Resposta

Data de resposta	13/06/2018
Tipo de resposta	Acesso Concedido
Classificação do Tipo de resposta	Resposta solicitada inserida no e-SIC
Resposta	Prezado solicitante, Informamos que a sua resposta se encontra em anexo. Agradecemos por utilizar os serviços da Unidade Setorial de Ouvidoria.

Classificação do Pedido

Categoria do pedido	Saúde
Subcategoria do pedido	Sistema de informação em saúde
Número de perguntas	8

Histórico do Pedido

Data do evento	Descrição do evento	Responsável
11/05/2018	Pedido Registrado para o Órgão Secretaria de Estado de Saúde - SES	SOLICITANTE
16/05/2018	Pedido em Atendimento	Secretaria de Estado de Saúde - SES
13/06/2018	Pedido Respondido	Secretaria de Estado de Saúde - SES

ANEXO II

Dados do Pedido

Protocolo	00060000412201872
Solicitante	Danylo Santos Silva Vilaça
Data de abertura	03/07/2018
Orgão Superior Destinatário	Secretaria de Estado de Saúde - SES
Orgão Vinculado Destinatário	
Prazo de atendimento	03/08/2018
Situação	Respondido
Status da Situação	Acesso Concedido (Resposta solicitada inserida no e-SIC)
Forma de recebimento da resposta	Pelo sistema (com avisos por email)
Descrição	Solicito ao Departamento de Gestão de Pessoas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal o total de profissionais de saúde atuantes em exercício no ano de 2018 (POR REGIAO), por nível de atenção (Primária, Secundária e Terciária) e o quantitativo de profissionais atuantes na Rede de Atenção Psicossocial, para fins de pesquisa. E necessário que os dados repassados estejam estratificados por região. Os dados existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos não atenderam o interesse por apresentar dados emparelhados e com dificuldade de compreensão, justificando esta solicitação.

Anexos

Petição de Dados aos Superintendentes.pdf

Dados da Resposta

Data de resposta	25/07/2018
Tipo de resposta	Acesso Concedido
Classificação do Tipo de resposta	Resposta solicitada inserida no e-SIC
Resposta	Prezado cidadão, informamos que a resposta de sua solicitação encontra-se em anexo.

Classificação do Pedido

Categoria do pedido	Saúde
Subcategoria do pedido	Recursos humanos em saúde
Número de perguntas	1

Histórico do Pedido

Data do evento	Descrição do evento	Responsável
03/07/2018	Pedido Registrado para o Orgão Secretaria de Estado de Saúde - SES	SOLICITANTE
04/07/2018	Pedido em Atendimento	Secretaria de Estado de Saúde - SES
19/07/2018	Pedido Prorrogado	Secretaria de Estado de Saúde - SES
25/07/2018	Pedido Respondido	Secretaria de Estado de Saúde - SES

ANEXO III

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 1990 a 2018: UM ESTUDO DE CASO

Pesquisador: DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 84181518.6.0000.8093

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.766.186

Apresentação do Projeto:

A descentralização e regionalização da saúde são princípios organizativos do Sistema único de Saúde (SUS), constantes desde a Constituição Federal Brasileira, Leis Orgânicas da Saúde até normativas específicas, tal como a Portaria Ministerial 399 de 2006, conhecida como Pacto pela Saúde. Compreende-se descentralização em saúde como a aproximação da tomada de decisão dos gestores e em paralelo, entende-se a regionalização como arranjo organizativo e de planejamento da gestão de serviços e ações de saúde com diferentes densidades tecnológicas, visando atender a integralidade assistencial. Objetiva-se com este estudo, analisar o processo de regionalização em saúde no Distrito Federal no período de 1990 a 2018. Será realizado Estudo de Caso da regionalização em saúde no Distrito Federal, por meio de três etapas: Etapa 1: levantamento de dados secundários e pesquisa documental, com enfoque para identificação e sistematização de instrumentos normativos e de registro histórico do processo de regionalização do Distrito Federal. Etapa 2: entrevistas com gestores/superintendentes sobre a operacionalização da regionalização. Etapa 3: análise espacial das sete Superintendências Regionais de Saúde do Distrito Federal. Espera-se encontrar diversos resultados, dentre eles, um robusto e atualizado levantamento sobre o processo de regionalização da região, um adiamento do processo de regionalização pelos inconclusos processos de descentralização ainda pleiteado em conferências de saúde, incidindo sobre o planejamento em saúde na região nos primeiros anos da década analisada e a possibilidade de reorganização de algumas superintendências regionais de saúde, no que tange

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.766.186

aos fluxos assistenciais, estruturas organizacionais, controle social em saúde e até nomenclaturas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de regionalização em saúde no Distrito Federal de 1990 a 2018.

Objetivo Secundário:

1. Identificar os instrumentos normativos que orientem processos de regionalização publicados no período de 1990 a 2018.
2. Descrever o processo de regionalização no Distrito Federal, levando em conta as instâncias envolvidas e os mecanismos de operacionalização adotados.
3. Caracterizar as Regiões de Saúde do Distrito Federal de acordo com os serviços de saúde existentes, a saber: Atenção Primária em Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, Vigilância em Saúde, Rede de Urgência e Emergência e Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, o quantitativo de profissionais em exercício por nível de atenção e composição, quantitativo e estrutura dos conselhos de saúde e demais instâncias colegiadas deliberativas existentes em cada Região de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos aos participantes de pesquisa são mínimos, mas ainda assim podem existir. Destacam-se três riscos prováveis: (i) eventual constrangimento ao participante por ter que dissertar e opinar aprofundadamente sobre a temática de regionalização, (ii) o temor de que as informações cedidas possam servir para classificação das Regiões de Saúde, prejudicando as suas atividades enquanto gestores e colocando as superintendências em processo de disputa e (iii) na interpretação equivocada, por parte do pesquisador, do que queiram informar. Para superar estes riscos, pensa-se em tomar algumas medidas, a saber: muni-los de todas as informações, suprimindo as dúvidas que os participantes possam ter sobre os objetivos do estudo, resguardando sobretudo eticamente o anonimato e confidencialidade das informações prestadas e submeter as entrevistas coletadas, após transcritas na íntegra, a outros pesquisadores envolvidos com a pesquisa, objetivando superar ruídos de informação e fornecer o devido retorno de resultados aos participantes.

Benefícios: Dispor de um levantamento atualizado sobre o grau de implementação da regionalização no Distrito Federal, que possam servir de subsídios para a implementação das mudanças necessárias à sua concretização. Contribuir para a compreensão do processo de regionalização em saúde no Distrito Federal, consciencioso dos necessários avanços, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades das

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.766.186

superintendências regionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa de Mestrado Acadêmico, Strictu Sensu, do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília sob a responsabilidade de Danilo Santos Silva Vilaça com a colaboração de José Iturri de la Mata, Patrícia Escalda e Clelia Parreira. A pesquisa pretende envolver 14 participantes. Neste momento esta emenda está sendo realizada para incluir Secretaria de Saúde do DF como coparticipante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram adequadamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem Pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_117834_0_E2.pdf	11/07/2018 10:44:54		Aceito
Outros	emenda_fepecs.pdf	11/07/2018 10:40:53	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	emenda.PDF	22/06/2018 15:20:14	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	16/05/2018 18:55:28	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/86
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.766.186

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/05/2018 12:52:29	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	15/05/2018 12:50:16	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	TERMO_DE_COPARTICIPACAO.doc	01/03/2018 09:46:39	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DA_P ROPOONENTE.doc	01/03/2018 09:45:59	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	TGLE_8ESDF.doc	01/03/2018 09:45:25	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	SOM_E_VOZ.doc	01/03/2018 09:44:59	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	RESPONSABILIDADE.doc	01/03/2018 09:44:31	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	01/03/2018 09:44:07	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	01/03/2018 09:43:53	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	CARTA_A_COORDENACAO_DO_CEP. doc	01/03/2018 09:43:28	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE.pdf	01/03/2018 09:42:50	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	CARTA_A_COORDENACAO_DO_CEP. pdf	01/03/2018 09:40:53	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DA_P ROPOONENTE.pdf	01/03/2018 09:40:19	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	SOM_E_VOZ.pdf	01/03/2018 09:39:43	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	01/03/2018 09:39:01	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLE.pdf	01/03/2018 09:38:43	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	01/03/2018 09:38:26	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	26/02/2018 19:22:25	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	TERMO_DE_COPARTICIPACAO.pdf	23/02/2018 17:55:12	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	Currículo_Lattes_Danylo_Santos_Silva_V ilaca.pdf	23/02/2018 17:52:44	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	Lattes_Jose_Itumi_de_La_Mata.pdf	23/02/2018 17:52:21	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	Lattes_Patricia_Escalda.pdf	23/02/2018	DANYLO SANTOS	Aceito

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT0766
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.br@gmail.com

Página 04 de 05

Continuação do Parecer: 2.766.186

Outros	Lattes_Patricia_Escalda.pdf	17:51:20	SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	Lattes_Clelia_Parreira.pdf	23/02/2018 17:50:27	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

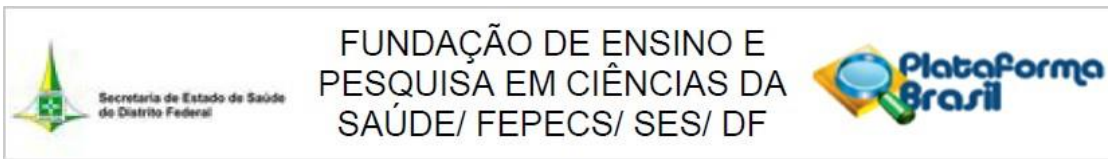
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 11 de Julho de 2018

Assinado por:
Dayani Galato
(Coordenador)

ANEXO IV



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 1990 a 2018: UM ESTUDO DE CASO

Pesquisador: DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84181518.6.3003.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.988.629

Apresentação do Projeto:

Trata-se de avaliação de resposta a pendências emitidas anteriormente.

A descentralização e regionalização da saúde são princípios organizativos do Sistema único de Saúde (SUS), constantes desde a Constituição

Federal Brasileira, Leis Orgânicas da Saúde até normativas específicas, tal como a Portaria Ministerial 399 de 2006, conhecida como Pacto pela Saúde

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de regionalização em saúde no Distrito Federal de 1990 a 2018.

Objetivo Secundário:

1. Identificar os instrumentos normativos que orientem processos de regionalização publicados no período de 1990 a 2018. 2. Descrever o processo de regionalização no Distrito Federal, levando em conta as instâncias envolvidas e os mecanismos de operacionalização adotados. 3. Caracterizar as Regiões de Saúde do Distrito Federal de acordo com os serviços de saúde existentes, a saber: Atenção Primária em Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, Vigilância em Saúde, Rede de Urgência e Emergência e Atenção Especializada

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.988.629

Ambulatorial e Hospitalar, o quantitativo de profissionais em exercício por nível de atenção e composição, quantitativo e estrutura dos conselhos de saúde e demais instâncias colegiadas deliberativas existentes em cada Região de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos aos participantes de pesquisa são mínimos, mas ainda assim podem existir. Destacam-se três riscos prováveis: (i) eventual constrangimento ao participante por ter que dissertar e opinar aprofundadamente sobre a temática de regionalização, (ii) o temor de que as informações cedidas possam servir para classificação das Regiões de Saúde, prejudicando as suas atividades enquanto gestores e colocando as superintendências em processo de disputa e (iii) na interpretação equivocada, por parte do pesquisador, do que queiram informar. Para superar estes riscos, pensa-se em tomar algumas medidas, a saber: muni-los de todas as informações, suprimindo as dúvidas que os participantes possam ter sobre os objetivos do estudo, resguardando sobretudo eticamente o anonimato e confidencialidade das informações prestadas e submeter as

entrevistas coletadas, após transcritas na íntegra, a outros pesquisadores envolvidos com a pesquisa, objetivando superar ruídos de informação e fornecer o devido retorno de resultados aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado do Programa de Pós graduação em Ciências e Tecnologia em Saúde, Faculdade de Ceilandia/UnB. Trata-se de um estudo primário de natureza qualitativa, com a abordagem da realidade social do processo de Regionalização em Saúde no Distrito Federal. Os participantes deste estudo serão selecionados de forma intencional, n=14, onde pretende-se entrevistar os Superintendentes Regionais de Saúde (n=7) e Diretores de Atenção Primária em Saúde (n=7) em efetivo exercício na gestão dos serviços e ações de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: apresentado

Termo de Concordância da Coparticipação assinado pelo Diretor da Faculdade de Ceilandia.

Termo de autorização para uso da voz e imagem apresentado.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.988.629

TCLE apresentado

Planilha de orçamento apresentado

Cronograma da pesquisa apresentado

Currículo do pesquisador apresentado

Recomendações:

Alterar o contato telefônico do CEP FEPECS no TCLE e/ou outros termos destinados ao participante de pesquisa: 2017-2132 ramal 6878.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências anteriormente apontadas foram sanadas e retificadas, projeto aprovado.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para prorrogação do cronograma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1178494.pdf	26/09/2018 10:23:11		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/09/2018 10:22:30	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	26/09/2018 10:22:10	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	carta_resposta_emenda_atendendo_pendencias.pdf	26/09/2018 10:20:42	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.988.629

Outros	carta_resposta_emenda_atendimento_pendencias.docx	26/09/2018 10:20:02	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_REVISADO.pdf	24/08/2018 14:45:20	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	emenda_fepecs.pdf	11/07/2018 10:40:53	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	emenda.PDF	22/06/2018 15:20:14	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	16/05/2018 18:55:28	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	TERMO_DE_COPARTICIPACAO.doc	01/03/2018 09:45:39	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DA_P RIOPONENTE.doc	01/03/2018 09:45:59	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	TCLE_SESDF.doc	01/03/2018 09:45:25	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	SOM_E_VOZ.doc	01/03/2018 09:44:59	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	RESPONSABILIDADE.doc	01/03/2018 09:44:31	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	01/03/2018 09:44:07	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	CARTA_A_COORDENACAO_DO_CEP. doc	01/03/2018 09:43:28	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE.pdf	01/03/2018 09:42:50	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	CARTA_A_COORDENACAO_DO_CEP. pdf	01/03/2018 09:40:53	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DA_P RIOPONENTE.pdf	01/03/2018 09:40:19	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	SOM_E_VOZ.pdf	01/03/2018 09:39:43	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	01/03/2018 09:39:01	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/03/2018 09:38:43	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	TERMO_DE_COPARTICIPACAO.pdf	23/02/2018 17:55:12	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	Currículo_Lattes_Danylo_Santos_Silva_V ilaça.pdf	23/02/2018 17:52:44	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	Lattes_Jose_Itum_de_La_Mata.pdf	23/02/2018 17:52:21	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-604
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4940 E-mail: comitedeeticos.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.988.629

Outros	Lattes_Patricia_Escalda.pdf	23/02/2018 17:51:20	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito
Outros	Lattes_Clelia_Parreira.pdf	23/02/2018 17:50:27	DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 29 de Outubro de 2018

Assinado por:
DILLIAN ADELAINE CESAR DA SILVA
(Coordenador(a))