

Regionalização de serviços de saúde — área de Brasília *

J. L. Saraiva **

Frederico S. Barbosa ***

Archibaldo D. Barreto Filho ****

Antonio M. Lisboa *****

Carlyle G. Macedo *****

Roberto P. Nogueira *****

J. F. N. Paranaguá de Santana ***

Paulo C. Tim *****

Desde 1972, pelo menos, quando os Ministérios da Saúde do Continente proclamaram os novos princípios da Medicina Social para a América Latina, a regionalização dos sistemas de saúde consagrou-se como método de renovação dos processos de prestação de serviços. A noção clássica da montagem de sistemas voltados para demanda de serviços, mediante concentração de recursos humanos e técnicos, vai cedendo lugar à redistribuição (até antecipada) desses elementos, concomitante à uma profunda reformulação no quadro de profissionais envolvidos. Como resultado, espera-se que os recursos, especialmente de mão-de-obra médica, sejam utilizados mais racionalmente e criadas novas categorias de profissionais, sobretudo de nível elementar. Esses novos agentes, a par da reorganização em escala regionalizada do aparelho produtor de serviços,

devem contribuir decisivamente para a regulação dos fluxos de demanda do referido sistema, de forma a evitar acúmulo desordenado de pressões sobre determinados pontos.

Nesse modelo, cabem aos órgãos formadores de Recursos Humanos para a Saúde, particularmente à Universidade e aos Serviços de Saúde, novas e acrescidas atribuições, vez que não se pode mais aceitar como natural o divórcio entre os aparelhos formador e utilizador de mão-de-obra. É preciso redefinir com clareza as responsabilidades complementares entre um e outro, a fim de que se possa chegar a um equilíbrio na integração docente-assistencial; que se preste serviços de saúde ensinando e se ensine prestando serviços.

Assim, o sistema integrado docente-assistencial veicula o permanente confronto e indispensável discussão entre os dois sistemas em seu ideal de preparação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades da população.

Há algum tempo vêm as autoridades governamentais preocupando-se com as condições de atendimento à saúde em Brasília e sua região de influência. Parece certo, entretanto, que só uma ação em escala regional poderá assegurar prestação de serviços de saúde capaz de atender às reais necessidades da população. Ao mesmo tempo, configura-se a regio-

* Extrato da proposta elaborada por um Grupo de Trabalho criado por decisão do Sr. Presidente do INAMPS (processo nº 3024106/78), reunido em Brasília, DF, de 12-16 de fevereiro de 1979.

** INAMPS, Secretaria Regional de Medicina Social, Brasília.

*** Universidade de Brasília.

**** Ministério da Saúde/Coordenadoria do Centro-Oeste.

***** Fundação Hospitalar do Distrito Federal.

***** Organização Panamericana da Saúde.

***** Ministério do Interior/SUDECO.

***** Universidade de Brasília e IPEA.

nalização em saúde, como um componente da estratégia que visa a conferir a Brasília, um ativo papel na promoção do desenvolvimento de sua região geoeconômica, tal como sempre se pretendeu desde sua concepção.

Mercê de suas peculiaridades, o DF se oferece como campo por excelência para esse aprofundamento experimental.

Aqui existe, uma clara política de reversão da tendência histórica de concentração de estímulo sobre a cidade de Brasília. A Exposição de Motivos nº 115/77, aprovada pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República, em maio de 1977, reiterou as expectativas sobre o papel de Brasília no contexto regional, na forma de centro de irradiação de benefícios, recursos e influências modernizantes e não como centro polarizador exclusivo e unidirecional.

Brasília dispõe de uma sólida oferta de recursos assistenciais, quer em termos técnicos, físicos ou humanos, com alta diversificação e grande capacidade de prestação de serviços, a qual só não opera melhor pela insistência nos moldes clássicos.

Há também intensa pressão sobre esse equipamento por parte de uma demanda insatisfeita, localizada na Região Geoeconômica de Brasília, e que bem poderia regularizar-se mediante fortalecimento médico-assistencial em pontos apropriados da referida área. Constitui importante argumento nesse sentido o fato de que equipamentos e serviços existentes na área, embora teoricamente subdimensionados face à população, apresentam sensível ociosidade, tanto por serem inacessíveis em termos de seus preços de oferta como porque se inserem, quando públicos, em uma estrutura inadequada.

Padecendo, referida área, de patentes deficiências nos serviços assistenciais do setor público, em virtude da multiplicida-

de de órgãos pouco articulados, não é menos verdade que se encontra em posição privilegiada para uma ação inovadora do Governo. A proximidade com a máquina administrativa da esfera federal, o alcance geográfico de quase todos os seus programas e a presença marcante do governo do Distrito Federal enfatizam a atuação do Setor público frente a outras áreas.

No Distrito Federal a Universidade de Brasília, de elevado padrão científico, tem inequívocas potencialidades para assumir os encargos que lhe cabem num modelo regionalizado. Nesse sentido, constitui-se a experiência do Programa Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina em importante marco referencial.

Considerando esses aspectos positivos de Brasília, cabe ao INAMPS, na condição de órgão principal na prestação de serviços de saúde em âmbito nacional, a iniciativa de evidenciar a oportunidade da intervenção reordenadora no sistema de saúde da área. Sua própria estrutura atual aconselha, aliás, essa atitude, no rastro de programas que aportem soluções para a problemática de saúde do país.

Esse é também o espírito da Portaria Interministerial número 001/78, de 26 de julho de 1978, firmada pelos Excelentíssimos Senhores Ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social, a qual frisa no capítulo das Diretrizes: "Em atendimento ao princípio de regionalização, as ações de saúde serão estruturadas em ordem de complexidade crescente, a partir das mais simples, periféricas, executadas pelos Serviços Básicos de Saúde, até as mais complexas, a cargo de Serviços Especializados de Saúde".

Atento a essas diretrizes, houve por bem o INAMPS através de sua Secretaria Regional de Medicina Social, acolher sugestões técnicas pertinentes, oriundas

do Grupo de Medicina Comunitária da Universidade de Brasília e orientar a formação de um Grupo de Peritos encarregados de estudar o assunto.

O trabalho ora apresentado, oferece em caráter exploratório e preliminar, um elenco de sugestões sobre as modificações indispensáveis à racionalização do sistema de saúde na Região Geoeconômica de Brasília, as quais deverão subsidiar as autoridades competentes em sua apreciação da problemática em questão.

1. A REGIÃO GEOECONÔMICA

1.1. Dinâmica Territorial

A dimensão funcional da denominada Região Geoeconômica de Brasília caracteriza-se por alguns aspectos básicos:

A) visível debilidade da armadura urbana, embora cristalizada, com susceptibilidade, porém, a uma política governamental de fortalecimento, de reordenação ou hierarquização, mercê da incisiva presença de Brasília, e ação do Estado, como fatores de modificação de tendência;

B) papel dominante de Brasília como localidade central sobre o conjunto do território, com maior ênfase, porém, sobre a sua projeção NOR-SUDESTE, por onde penetram seus maiores contingentes migratórios oriundos do Nordeste, pelo eixo da BR-020, e dos Estados de Minas Gerais e do Espírito Santo, mormente os imigrados das Barrancas do São Francisco; projeção definida atualmente, como a "ÁREA DE MAIOR INFLUÊNCIA" de Brasília. Os centros aí localizados podem ser classificados da seguinte maneira: o primeiro é ocupado pelo Distrito Federal; o segundo compreende Unai e Paracatu; o terceiro, Formosa e João Pinheiro; o quarto, Luziânia, Cristalina e Corumbá de Goiás; no quinto e último,

reúnem-se todas as demais localidades. "Em todos estes estratos, não há uma só cidade capaz de se converter, de imediato, em pólo de desenvolvimento, são mais propriamente focos para as áreas rurais. Não possuem indústrias dominantes e propulsivas. O tamanho de cada uma delas não é significativo. Não existe um sistema urbano nodalizado."

C) existência de momentos espaciais diferenciados, de acordo com o papel que exercem na dinâmica territorial e que são percebidos como:

a) centro hegemônico, principal estruturador de toda a gravitação regional e principal causa de existência da região como tal — o Plano Piloto da Capital da República;

b) área de Influência I, abrangendo dois níveis; o primeiro, marcado pela sua quase absoluta subordinação ao anterior e notória incapacidade para fugir aos efeitos gravitacionais em termos de mercado de trabalho e equipamento urbano (cidades satélites e cidades adjacentes ao DF, com exceção de Unai); e o segundo, integrado pelos municípios situados sobre o já descrito aspecto NOR-SUDESTE, os quais se diferenciam de acordo com suas potencialidades urbanas em:

— subcentros polarizadores, aqueles capazes de projetar sobre seu entorno algum efeito polarizador: Unai, Paracatu, Formosa, Luziânia, Cristalina, Corumbá, João Pinheiro, Alvorada do Norte.

— áreas polarizadas: as restantes, insuficientes para o exercício de qualquer liderança.

c) áreas de influência II, no qual se inscrevem, tanto os municípios do Estado de Goiás situados num raio de 300/400 km a Oeste de Brasília, confundindo-se em grande parte com a área de influência de Anápolis-Goiânia, como

outros, situados na esfera de influência do Triângulo Mineiro, a exemplo de Catalão.

1.2. A Problemática Básica da Área

Apresentando-se em sua dinâmica interna como uma região em processo de organização, o espaço global do DF e sua periferia evidencia uma problemática mui peculiar. Não existe, aqui, desequilíbrio estrutural na disponibilidade de fatores, tal como se observa no Nordeste (excedente de população) ou na Amazônia (excedente de recursos naturais). Na Região Geoeconômica de Brasília, as características históricas da ocupação trouxeram no seu bojo, um modelo mediocre, porém relativamente equilibrado entre a Terra e o Homem, com a conseqüente estagnação do processo gerador de renda e formação de capital. Nesse sentido, é lícito definir-se a referida Região como portadora de uma dinâmica sócio-econômica típica de área secularmente atrasada. A construção de Brasília e a transferência da Capital trouxeram, entretanto, súbita modificação nesse contexto; como resultado de uma decisão de caráter predominante político, e sem qualquer iniciativa de preparação da área que a abrigaria, ergueu-se artificialmente um verdadeiro monumento urbano, em termos de renda pública e privada, serviços sociais e influência política. A secular estagnação da área se vê sacudida, assim, por uma ruptura que projeta novos parâmetros na ordenação territorial e seu funcionamento sócio-econômico. Espontaneamente, sem qualquer esforço produtivo, dá-se início a um acelerado impulso no processo gerador de renda e na formação de capital social básico. A condição de excelência de Brasília como capital do país lhe permite sustentar esse novo processo, em troca

de sua imagem e de suas funções. Concentrando-se, no entanto, esse mecanismo exclusivamente dentro do quadrilátero do DF, cedo se verifica um efeito atrativo inelutável de Brasília sobre o seu entorno. Em conseqüência, subverte-se o papel supostamente atribuído a nova capital, desdobrando-se esse processo como tendência à desestruturação da Região frente a cidade.

1.3. A Política Oficial de Intervenção sobre a Escala Regional de Brasília

Atento aos desdobramentos funcionais de Brasília e suas inevitáveis projeções sobre o espaço periférico, o Governo Federal tem procurado criar instrumentos que assegurem à cidade efetivo papel na valorização regional.

Em 1966, criou, por exemplo, a Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central — CODEPLAN — Empresa Pública do Governo do Distrito Federal voltada para o desenvolvimento da Região Geoeconômica de Brasília. Quase ao mesmo tempo, o ex-Presidente H. Castello Branco assinou o Decreto-lei criando o Fundo de Desenvolvimento do Distrito Federal (FUNDEF) com objetivos explícitos de promover a valorização da Região de Brasília, o qual, na ausência de esquema institucional mais adequado para sua aplicação, acabou entregue ao Governo do Distrito Federal.

Mais tarde, com o I PND, avançou-se um pouco, nesse sentido, e se propôs, taxativamente, a criação de uma "Região Geoeconômica de Brasília". Sua implantação, porém, teria que esperar o II PND, quando essa idéia converteu-se na instituição do Programa Especial da Região Geoeconômica de Brasília, cuja estratégia básica está consolidada na Exposição de Motivos nº 115/77, aprova-

da pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República, em maio de 1977.

2. PROPOSTA DE REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE

O Grupo considerou relevante a discussão das seguintes questões básicas, preliminarmente à apresentação da Proposta: a dimensão geográfica e funcional do espaço onde se desdobrará o processo de regionalização; a natureza e amplitude das necessidades de saúde prevalentes neste espaço; a articulação da União, dos Estados interessados e seus Municípios envolvidos e do Distrito Federal que viabilize, institucionalmente, a regionalização.

A dimensão geográfica do espaço em foco nesta Proposta se define como a Área de Influência Direta de Brasília, visualizada nos Mapas I e II, que contém 11 municípios de Minas Gerais e 37 municípios de Goiás, além do território do Distrito Federal. As características urbano-funcionais da Área foram mencionadas no capítulo anterior.

A decisão do Grupo, na limitação do espaço físico, foi tomada atendendo às seguintes razões: a Região Geoeconômica de Brasília nos termos do referencial teórico (EM 115/77), se apresenta como um espaço físico, funcional e demográfico muito grande; o caráter experimental e pioneiro da regionalização em saúde, em escala interinstitucional, que se evidencia nesta proposta, requer uma abordagem mais restrita do espaço que facilite seu planejamento, execução e avaliação; a disponibilidade de alguns estudos, referentes mais especificamente a esta Área.

* cf. R. N. Monteiro de Santana — Área de Influência Direta de Brasília, Convênio FVB-GDF, Brasília, 1974. Neste documento, é utilizada a terminologia adotada por esse autor.

Entretanto, seria recomendável que, desde já, se incluam nos estudos e planos de regionalização em saúde, a perspectiva de sua extensão, em etapas sucessivas, a outras áreas da Região Geoeconômica de Brasília, ou ainda fora dela.

A natureza e amplitude das necessidades de saúde na Área são deduzíveis a partir dos aspectos sócio-econômicos e demográficos que a caracterizam: renda, ocupação, produtividade, habitação, escolarização, composição etária e distribuição geográfica da população. Vale ressaltar que estas características têm conotações bastante distintas nas áreas dos Estados de Goiás e Minas Gerais e no Distrito Federal.

A última questão será definida no contexto da Lei 6.229, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde, a ser abordada no item 2.5.

A apresentação da Proposta de Regionalização em Saúde far-se-á através dos seguintes tópicos:

Princípios de hierarquização funcional urbana da Área que orientam a distribuição nodalizada de níveis de atenção de forma contínua no espaço regional, bem como a localização de suas unidades produtoras; a definição de níveis de atenção; os tipos e o perfil das unidades produtoras; a distribuição espacial dos níveis de atenção e das unidades produtoras; a organização institucional necessária para implementação e gerência do processo de regionalização; viabilidade financeira.

2.1. Hierarquização Funcional-Urbana

O Grupo recomenda a adoção de 5 estratos hierárquicos e a subdivisão regional em 5 subáreas:

2.1.1. Estratos Hierárquicos

a) Localidades rurais: vilas, distritos e pequenas cidades — com menos de 2.000

habitantes. Nesse estrato se localizam as populações residentes em toda a zona rural da Área e nas seguintes sedes municipais: Almas, Alto Paraíso do Norte, Aurora do Norte, Cabeceiras, Cavalcante, Conceição do Norte, Damianópolis, Flores de Goiás, Galheiros, Guarani de Goiás, Iaciara, Mambai, Monte Alegre de Goiás, Nova Roma, Paraná, Pindorama de Goiás, Ponte Alta do Bom Jesus, São Domingos, São João da Aliança, Sítio d'Abadia e Taguatinga de Goiás, no Estado de Goiás, e Arinos, Bonfinópolis de Minas, Formoso, Guarda Mor e Lagamar, em Minas Gerais.

b) Centros de influência restrita a sua própria interlândia: localidades cuja estrutura urbana corresponde a um passado histórico mais relevante do que as potencialidades atuais, que não exercem dominação regional, mas contam com uma população urbana superior a 2.000 habitantes: Arraras, Corumbá de Goiás, Dianópolis, Natividade, Niquelândia, Posse, Silvânia e Vianópolis no Estado de Goiás e Buritis, Presidente Olegário e Vazante em Minas Gerais.

c) Centros com efetiva capacidade polarizadora: cidades que, a partir de uma tendência histórica e/ou situarem-se em pontos estratégicos do sistema viário, dispõem de recursos naturais economicamente exploráveis, ou ainda contarem com sua densidade populacional expressiva, desempenham atualmente alguma dominação sobre municípios vizinhos. Neste grupo estão: Alvorada do Norte, Campos Belos de Goiás, João Pinheiro, Paracatu e Unai.

d) Cidades adjacentes do Distrito Federal e Cidades-satélites de Brasília: Brazlândia, Taguatinga-Ceilândia, Gama, Núcleo Bandeirante, Planaltina e Sobradinho no Distrito Federal, e Alexânia, Cristalina, Formosa, Luziânia, Padre

Bernardo e Planaltina no Estado de Goiás.

e) Brasília — Plano-piloto: aqui considerada isolada de sua periferia mais próxima porque, no modelo ora proposto, se constituirá, na escala regional, em centro de referência do Sistema de Saúde da Região Geoeconômica.

2.1.1. Subáreas

O Grupo reconhece não só a relevância, mas também a necessidade de que a subdivisão regional em saúde se faça orientada por uma política regional urbana, definida para a Região, de modo que a localização de serviços governamentais existentes e a serem implantados permita o reforço e orientem interdependências intra-regionais concentradas nos centros com potencialidades para tal.

Como abordagem preliminar, poder-se-ia adotar a subdivisão regional apresentada por SANTANA (documento citado) com algumas modificações (mapa II), que, a partir, de estudos atualizados e específicos, a tornem mais adequada. Neste sentido, o caso da Subárea 3 se apresenta como bom exemplo, uma vez que nela se agregam dois agrupamentos bastante distintos: o Distrito Federal e seus municípios adjacentes, e os demais municípios. Ainda para esta Subárea, estudos específicos destinados a orientar a reorganização dos serviços no Distrito Federal e sua periferia mais próxima se recomendam como indispensáveis.

2.2. Níveis de Atenção

O Grupo sugere a definição de quatro níveis de atenção a saúde (Quadro I) que se distribuirão no espaço regional de forma contínua e nodalizada.

Cada nível se define por três fatores: função, agentes de execução e unidades

QUADRO I

Funções	Agentes	Unidades
Nível Primário Atenção elementar	Auxiliar de saúde	Posto de Saúde e/ou comunidade
Atenção profissionalizada indiferenciada	Médico Geral e equipe	Posto ou Centro de Saúde
Atenção profissionalizada diferenciada	Médicos diferenciados (clínico, pediatra, gineco-obstetra) e equipe	Centro de Saúde e ambulatórios
Nível Secundário Atenção integral nas 4 áreas básicas da medicina (inclusive hospitalização)	Médicos diferenciados e equipe	Unidade Mista e Hospital Geral
Nível Terciário Atenção integral em áreas especializadas da medicina	Médicos especialistas e equipes especializadas	Hospital de Especialidades
Nível Quaternário Atenção em áreas de subespecialidades médicas	Equipes especializadas em subáreas da medicina	Hospital de Especialidades e Hospital Especializado

de produção (substrato físico); aceita-se que um dado nível possa coexistir, no mesmo substrato físico, como níveis de menor complexidade.

2.3. Unidades Produtoras

O Grupo considera que a definição dos tipos e perfis das unidades que servirão de substrato físico da rede de serviços de saúde só poderá ser feita após a realização dos seguintes estudos: dimensionamento da capacidade física instalada atual; quantificação das necessidades de saúde nos diversos locais da área; desenho de um modelo de simulação de fluxos de referência e contra-referência com vistas a dimensionar a demanda de serviços técnicos e de apoio.

2.4. Distribuição Espacial

Neste aspecto, o Grupo se limita a sugerir a compatibilização entre estratos

hierárquicos e níveis de atenção e identificar algumas prioridades, pois reconhece a necessidade de estudos de campo que suportem a apresentação de um modelo de localização territorial de unidades de produção e distribuição de serviços.

Vale ressaltar que, pela sua própria desigualdade funcional-urbana e demográfica, diversos centros agrupados no mesmo estrato deverão ter serviços de um mesmo nível, com dimensões (ou portes) diferentes.

Quanto a prioridades, há que se referir algo que, aliás, parece óbvio: a carência quase absoluta de serviços atualmente oferecidos às localidades do primeiro estrato, bem como a uma importante localidade do penúltimo estrato: Ceilândia.

A referida compatibilização deve ser a seguinte:

QUADRO II

Estratos Hierárquicos	Níveis de Atenção
1a - Núcleos rurais, vilas e distritos	- Primário elementar
1b - Pequenas cidades	- Primário elementar, profissionalizado indiferenciado
2 - Centros de influência restrita a sua própria interlândia	- Primário e secundário
3 - Centros com efetiva capacidade polarizadora	- Primário, secundário e, onde forem indicados, alguns serviços de nível terciário
4 - Cidades Adjacentes ao DF e Cidades Satélites de Brasília	- Idem
5 - Brasília	- Primário, secundário, terciário e quaternário ou de referência (Hospital de Base e hospitais especializados, inclusive um de caráter supra-regional - HDAL)

2.5. Organização Institucional

O Grupo recomenda a criação de um Conselho Deliberativo de Saúde para a Região Geoeconômica de Brasília constituído pelas instituições de prestação de serviços e formação de recursos humanos mais importantes da Área:

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social; Fundação Hospitalar do Distrito Federal; Secretaria de Saúde de Minas Gerais; Secretaria de Saúde de Goiás/OSAGO; Fundação das Pioneiras Sociais/MS; Universidade de Brasília.

A presidência deste Conselho caberá ao INAMPS. As atribuições do Conselho bem como a delimitação de responsabilidades de cada instituição, devem ser definidas por instrumentos legais que permitam, efetivamente, operacionalizar todas as medidas necessárias para a implementação, gerência, avaliação e supervisão do Sistema de Saúde da Região Geoeconômica de Brasília.

Em linhas gerais, as atribuições do Conselho devem ser: coordenação geral das atividades do Sistema, planejamento (capacitação de fundos, definição de

prioridades e alocação de recursos), e avaliação.

2.6. Aspectos Operacionais

2.6.1. Situação Atual

A cooperação entre os Serviços de Saúde, as escolas médicas e a Previdência vem se tornando cada vez mais estreita.

O INAMPS, além de suas unidades, utiliza a rede prestadora de serviços de saúde, pública e privada. Em algumas Secretarias de Saúde esta colaboração é mais estreita, como ocorre particularmente no Distrito Federal. O INAMPS, por sua vez, participa do processo de formação de recursos humanos. Basta lembrar que em documento oficial recente, o INAMPS registra o oferecimento de 860 vagas para o internato e a absorção de 65% do total de vagas para a Residência médica no país. Além disso, a Previdência subsidia leitos dos chamados Hospitais Universitários (Convênio MEC-MPAS).

Entretanto, apesar desse relacionamento entre as áreas de prestação de ser-

viços e a de formação de recursos humanos — que poderia até estender-se e aprimorar-se — o ideal da integração docente-assistencial é apenas tangenciado. Alguma aproximação desse ideal tem sido feita através de programas de medicina comunitária, nem sempre bem definidos, onde a Universidade tem procurado “utilizar” serviços de saúde. Integração de fato, nunca chegou a existir nestes programas que são, antes de tudo, programas “consentidos” pelas Universidades do que parte integrante de sua política educacional.

Na realidade, a grande maioria das escolas médicas do país não tem objetivos definidos e quando os tem estão dissociados da realidade nacional. Na maioria das vezes, entretanto, estas escolas possuem equipamentos da mais alta qualidade e docentes da mais elevada qualificação. Os hospitais, mantidos pelas Universidades, não obstante possuírem estruturas físicas e mão-de-obra qualificadas, funcionam, via de regra, sem maior relacionamento com os serviços locais de saúde.

Por outro lado, existem unidades de saúde, que contam com recursos humanos e materiais de alto nível que não estão sendo utilizados pelo sistema formador ou, quando o são, não o são de maneira plena.

Existem, entretanto, instrumentos legais que induzem a mudança, tanto no MEC como no MPAS.

O sistema de saúde do Brasil é extremamente fragmentado e distorcido, não obstante a tentativa recente de subordiná-lo a um organismo coordenador, o Sistema Nacional de Saúde.

A falta de um sistema regionalizado de saúde acarreta os conhecidos vícios dos sistemas clássicos, por exemplo, a irracionalidade no atendimento que leva à inadequada utilização de Recursos

Humanos, materiais e financeiros, com conseqüente aumento dos custos operacionais sem satisfação das necessidades da população.

Evidentemente, não poderá haver integração docente-assistencial sem que seja criado um sistema de saúde regionalizado como proposto neste documento.

O problema da Universidade, de modo geral, se situa em suas raízes tradicionalistas que dificultam o processo de mudança. Seus ideais estão limitados ao desejo de se tornar centro de serviços médico-hospitalares modelares e de irradiação de cultura médica, tudo de acordo com a ideologia flexneriana. De modo algum a Universidade está preocupada com a saúde global da população, dentro do contexto sócio-econômico de um país em desenvolvimento.

Tanto os serviços de saúde na região de influência de Brasília, como a Universidade de Brasília, terão suas responsabilidades ampliadas em face da problemática da integração entre serviços e docência dentro do sistema regionalizado de saúde proposto.

2.6.2. Viabilidade Financeira

A implantação do modelo proposto não deverá, em princípio, exigir recursos adicionais significativos, além dos já comprometidos na Área pelos órgãos envolvidos. A racionalização do uso, e não a ampliação, dos recursos disponíveis é a linha estratégica básica dos programas de regionalização e seu principal argumento.

Uma visão aproximada do montante de recursos financeiros, disponíveis para a regionalização proposta, pode ser obtida através da indicação orçamentária, para 1979, das principais instituições públicas ligadas ao sistema de saúde regional. Esse montante é da ordem de Cr\$

3,0 bilhões, somente para a prestação de serviços, dos quais cerca de Cr\$ 2,7 bilhões de instituições federais e do DF Cr\$ 2,5 bilhões aproximadamente do INAMPS e FHDF).

Merece destaque, nesse total, o volume considerável à disposição do Distrito Federal (mais de 80%) frente aos Estados de Goiás e Minas Gerais, principalmente se se considerar que a população do Distrito Federal é da mesma ordem da que se situa na sua área de influência direta.

Cabe mencionar, também, o fato de que o Programa Especial da Região Geoeconômica de Brasília tem destinado a maior parte de seus recursos a formação da infra-estrutura física da Região, apesar de recomendar, em sua própria filosofia, a absoluta prioridade das aplicações para o desenvolvimento social. Isto talvez possa significar que, na disponibilidade eventual de estudos e programas mais explícitos para o setor saúde, maior soma de recursos do Programa sejam alocados às atividades de saúde.

Face a esse considerável montante de recursos seria recomendável que se procurasse algum instrumento de consolidação financeira, a fim de que fossem efetivamente alocados segundo critérios mais ou menos idênticos, pois esta seria uma forma de maximizar os resultados em sua aplicação. Nesse sentido sugere-se a criação de um FUNDO ESPECIAL DE SAÚDE, reunindo os recursos de origem federal para aplicação na Área, o qual seria utilizado como instrumento compatibilizador de política a nível federal e veículo de indução da política de saúde dos Estados de Goiás e Minas Gerais e do Distrito Federal. Referido fundo, a ser regulamentado oportunamente, caso venha sua idéia a ser acolhida pelas autoridades competentes, deverá, então, operar como peça de apoio decisiva ao êxito do Conselho

Deliberativo, proposto na estratégia operacional.

3. ESTRATÉGIA E MEDIDAS IMEDIATAS

3.1. A Estratégia Global

A viabilização de uma proposta como esta é uma tarefa complexa e difícil. Ainda que trabalhando fundamentalmente com as instituições públicas de saúde ou de desenvolvimento, compatibilizar os interesses de todas elas não será um processo de fácil realização. As orientações de estratégia indicadas a seguir, resumem os cursos de ação implícitos ou já explicitados nos capítulos anteriores deste documento e visam criar condições de viabilidade para a proposta.

3.1.1. Criação de um órgão colegiado de decisão (Conselho Deliberativo) e dando-lhe instrumentos efetivos para o exercício de suas funções, particularmente através de:

a) controle sobre uma quantidade significativa de recursos financeiros. A constituição de um FUNDO ESPECIAL seria o mecanismo principal para isto. O Fundo seria constituído inicialmente, com os recursos destinados a saúde, na Área, oriundos do INAMPS, programas especiais do Ministério da Saúde, Programa da Região Geoeconômica de Brasília e outros de fontes federais:

b) Apoio técnico eficiente.

3.1.2. Adequada integração do programa regional de Saúde na política global do Governo para a Região.

3.1.3. Aumento da eficiência na aplicação dos recursos disponíveis antes que a ampliação dessa disponibilidade. Em termos de recursos reais, o esforço principal será para a adequação da infra-estrutura de serviços existente.

3.1.4. Compatibilização progressiva das atividades de Saúde sob a responsabilidade das Unidades Federadas (GO, MG e DF) a partir das atividades de planejamento e programação. A elaboração de programas regionais especiais facilitaria inicialmente este processo.

3.1.5. Estabelecimento de um sistema regional de informação, compatível com os sistemas específicos estaduais e do DF, que alimente as atividades de coordenação, planejamento e avaliação regionais do Conselho Deliberativo.

3.1.6. Estabelecimento de sistemas especiais de apoio de caráter regional, destacando-se: desenvolvimento de recursos humanos; supervisão; e abastecimento de insumos especiais (medicamentos, produtos biológicos; etc.).

3.1.7. Descentralização de atividades para os níveis subregionais (subárea) e locais, compatibilizados com a divisão político-administrativa do espaço regional (Estados e Municípios). Esta descentralização não se limitaria apenas aos aspectos de execução, mas contemplaria a definição de responsabilidades decisórias em cada nível, alimentando desta forma os processos de decisão de nível regional.

3.1.8. Desenvolvimento de Recursos Humanos, aspecto que assume importância capital na viabilização da proposta. Um modelo integrado de desenvolvimento de recursos humanos deve ser elaborado, em conjunto, pelas instituições participantes, sob a coordenação do Conselho, com a definição das responsabilidades respectivas da Universidade e dos Estados (MG e GO) e do DF, em sua realização.

3.1.9. Compatibilização de normas administrativas e técnicas dos subsistemas componentes, no contexto de um processo efetivo de modernização administrativa.

3.1.10. Estruturação de um esquema administrativo regional, adequado às peculiaridades da Área, que instrumente a realização das funções regionais derivadas da Proposta e de sua estratégia de desenvolvimento.

23.2. Algumas Medidas Imediatas

Reconhecendo a natureza essencialmente política da aceitação da Proposta, o Grupo sugere algumas medidas para ação imediata:

3.2.1. Admitindo-se a aprovação prévia da Previdência Social, conseguir a aprovação e o apoio das instituições públicas cuja participação é necessária = Secretaria de Saúde do DF/FHDF, Secretaria de Saúde da GO/OSEGO, Secretaria de Saúde de MG, Universidade de Brasília, Ministérios da Saúde e do Interior (SUDECO) e SEPLAN. Além do apoio específico dessas instituições, seria conveniente a obtenção, do apoio dos Governos dos Estados e DF, para facilitar a articulação com outras áreas governamentais (Educação, Serviço Social, etc.). A partir do envio do documento para a análise de cada uma dessas instituições, poder-se-ia convocar uma reunião, a nível de dirigentes ou representantes credenciados, para uma discussão conjunta e em maior profundidade da Proposta (elementos do Grupo de Trabalho atual atuariam para esclarecimentos e informação). Contatos diretos, por instituição, seriam também realizados.

3.2.2. A aprovação preliminar das instituições deverá incluir a criação do Conselho Deliberativo, cuja composição e instalação seriam imediatas. Seria conveniente que essa decisão fosse formalizada em instrumento jurídico idôneo (termo de compromisso ou Convênio).

3.2.3. Constituição de um Grupo Técnico especial para apoiar os trabalhos do

Conselho Deliberativo cujas responsabilidades imediatas seriam:

- a) realizar os estudos técnicos necessários;
- b) estabelecer articulação permanente entre as instituições e programas;
- c) preparar os instrumentos requeridos pelo desenvolvimento do processo (Documentos, Convênios, etc.).

Este Grupo Técnico seria absorvido pelo "esquema administrativo" permanente, de caráter regional, que se viesse a estabelecer.

3.2.4. Estudar e promover uma decisão interministerial, a nível do Conselho de

Desenvolvimento Social, sobre a Proposta.

3.2.5. Conseguir a aprovação inicial, começar um trabalho mais amplo de discussão da Proposta e formação de opinião favorável, particularmente junto a outras instituições ligadas à Saúde na Área (privadas, municipais, etc.) e às associações de classe ou científicas de saúde.

3.2.6. Estimular decisões e medidas específicas no âmbito de cada instituição participante.

3.2.7. Iniciar a elaboração de programas e subsistemas de abrangência regional.

MAPA I

BRASIL, INDICANDO A ÁREA DA INFLUÊNCIA DIRETA DE BRASÍLIA, ADAPTADO DE R. N. MONTEIRO SANTANA (op. cit.): 1974



MAPA II
ÁREA DE INFLUÊNCIA DIRETA DE BRASÍLIA, ADAPTADO
DE R. N. MONTEIRO SANTANA (OP. CIT.); 1974

