

Distrito Sanitário

1 – Introdução – a população, identificada concretamente nos seus locais de moradia e de trabalho é a base inicial de atuação dos serviços assistenciais. *O atendimento médico, as práticas de saúde coletiva, a atuação sobre o ambiente, o controle de doenças endêmicas e epidêmicas, determinam que a organização dos serviços esteja voltada para uma área geográfica e populacional definida: a Região, o Município, o Bairro.*

As relações entre usuários do Sistema e suas Unidades, ou profissionais que nelas trabalham, necessitam ser extremamente próximas. *O controle social só é eficaz quando a responsabilidade governamental está claramente identificada, concretizada numa unidade de saúde e nos seus profissionais, situados próximo ao seu local de moradia ou trabalho.*

A interação entre profissionais e indivíduos, famílias ou comunidades, entre unidade de saúde e grupamento populacional a ela referida, entre grupos de risco e programas de controle de doenças de massa, deverá oportunizar um novo tipo de organização espacial e funcional dos serviços: **o Distrito Sanitário.**

A organização deste novo tipo de serviço busca resgatar a relação população–local de moradia ou trabalho–organização social e política de base/serviços de saúde, tão enfática e profundamente destruída a partir da década de 1.960. A democratização da saúde coincide, em muito, com a exigência de descentralização político–administrativa do país. *O Distrito Sanitário nada mais é que o resgate do município, do bairro, da comunidade, como local prioritário de intervenção.*

Na prática este modelo se traduz na delimitação de uma área geográfica e populacional a ser atendida pela Unidade de Saúde. Esta deverá ser vista pela população como a “sua” Unidade, portanto, “**Porta de Entrada**” do Sistema de Saúde àquela comunidade. Com esse tipo de organização da demanda, através da vinculação população com a unidade, é possível dimensionar de forma adequada à oferta de serviços.

O Distrito Sanitário, dependendo das peculiaridades locais, será composto por um número variável de unidades, devendo uma delas ser dotada de estrutura administrativa capacitando–a para resolver as questões do mesmo. A vinculação da clientela a "sua" unidade é fundamental pelas razões citadas anteriormente, necessitando assegurar–se garantia que esta “**Porta de**

Entrada” poderá levar o paciente, caso necessário, a serviços de complexidades crescentes, através de um eficaz encaminhamento. *Desta forma, a organização de fluxos de atendimento permitirá que um paciente ao procurar “sua” Unidade por menos complexa que seja (Posto de Saúde, por exemplo), tenha acesso seguro a serviço mais complexo (Hospital, no caso), que a “sua” Unidade não disponha. É fundamental que o Sistema Municipal de Saúde seja organizado em base descentralizada, tomando sua conformação a partir dos Distritos Sanitários.*

2 – Definição – segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1.987), o Distrito Sanitário (DS) é a "**circunscrição**" da população alvo em um determinado território. *Um conceito mais amplo ou dinâmico de distrito sanitário refere-se a um processo social de mudança das práticas sanitárias, de natureza tática, direcionado no sentido da eficiência e eficácia sociais, sob gestão de uma autoridade local e reorientados de acordo com certos princípios organizativo-assistenciais, e os conjuntos sociais com seus problemas delimitados por um território-processo.*

O DS destaca-se pela sua importância estratégica e apresenta-se como "**coluna vertebral da atenção à saúde**", sendo um modelo de regionalização de práticas de saúde. A distritalização representa um processo político organizacional de reorientação do sistema de saúde, em nível local, capaz de facilitar a implantação e o desenvolvimento de modelos assistenciais alternativos como base para a construção do SUS.

O Distrito Sanitário tem sido reconhecido como unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam os recursos de saúde, públicos e privados, organizados através de mecanismos políticos institucionais com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações integrais de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas da saúde.

3 – Princípios Organizativos – avaliada as demais questões, cabe discutir a dimensão técnica do processo de distritalização, onde serão determinados um conjunto de princípios organizativo-assistenciais, aplicáveis segundo as peculiaridades de cada território, sendo eles:

3.1 – Impacto – só tem sentido a existência do DS, ser for capaz de provocar mudanças quantitativas a qualitativas sobre os níveis da saúde da população de seu território.

3.2 – Orientação dos Problemas – devem ser identificados para que se possa atuar sobre suas

causas, e assim produzir impacto sobre os níveis de saúde da população.

3.3 – Intersetorialidade – devido a sua complexidade, os problemas de saúde muitas vezes estão relacionados com outros setores (já referidos) e vão se refletir exatamente em operações articuladoras de ações tanto dentro como fora do setor saúde, porque um problema sanitário vai exigir ações que estão situadas fora dos limites convencionais do setor.

3.4 – Planejamento e Programação Local – estes, são elementos importantes para qualquer tipo de atividade humana e o processo de distritalização exigirá uma mudança completa nestes componentes.

3.5 – Autoridade Sanitária Local – o processo de distritalização da saúde, que se assenta num movimento de descentralização, vai exigir a presença de uma **autoridade sanitária local que constitui o rosto visível, situado e dotado, de um papel gestor do sistema único de saúde.**

3.6 – A Co-Responsabilidade – este princípio está bem enunciado pelo diretor da OPAS, quando define um sistema local de saúde como uma zona de estabelecimento de uma relação de mútua responsabilidade, num território, entre os recursos de saúde e uma população adstrita (unificada). ***Dessa maneira, num território local, a população deve reconhecer nos serviços, os seus serviços, ao mesmo tempo em que os serviços reconhecem, na população, a sua população, criando-se o compromisso de responsabilidade conjunta pela situação de saúde.***

As condições de possibilidade desse princípio são dadas, de um lado, pela existência de uma base territorial que permita uma identificação mútua, tanto física quanto funcional, entre as unidades produtoras de serviços e população. De outros, pelas condições que tornem possível a construção de relações recíprocas de caráter democrático, ou seja, a participação social.

3.7 – Hierarquização – este preceito está fundamentado no fato de que é possível resolver, com eficácia satisfatória, determinados conjuntos de problemas de saúde com funções de produções de distintas complexidades e, portanto, com diferentes custos sociais escalonados por níveis de atenção, conforme já relatado.

3.8 – Intercomplementaridade – os distritos sanitários guardam este tipo de relação com os **outros níveis do sistema de saúde**, tanto no aspecto do espaço de transformação, quanto no modelo de prestação de serviços de saúde.

3.9 – Integralidade – a aplicação deste princípio implica reconhecer a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, preventivas, curativas e

reabilitadoras e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde–doença conforma uma totalidade que **engloba os sujeitos do sistema e suas inter–relações com o ambiente natural e social.**

3.10 – Adstrição – este princípio deriva da organização dos distritos sanitários em base territorial e objetiva a responsabilidade política, jurídica, administrativa e técnica de serviços e das autoridades sanitárias locais ante **a população que nasce, vive, adocece e morre naquele espaço.** A adstrição admite territórios diferenciados podendo ocorrer na área de abrangência de uma unidade ambulatorial ou na microárea homogênea em termos de condições de vida das populações. A primeira forma de adstrição está ligada à prática sanitária da atenção à demanda e a segunda à vigilância à saúde.

3.11 – Heterogeneidade – procura–se garantir através deste princípio, que a aplicação dos preceitos anteriormente descritos não se converta em prescrições. Dessa maneira, cada **DS** configura–se no seu território, num determinado tempo, como uma realidade singular em permanente construção.

3.12 – Realidade – o **DS** deve ser organizado segundo as necessidades e os recursos que, num dado momento, existem no território. **Desse modo, a quantidade, a qualidade e a distribuição territorial dos recursos existentes e potenciais, confrontados com os problemas a resolver, é** que devem determinar a lógica da organização do processo de distritalização.

4 – Funcionamento do Distrito Sanitário:

4.1 – Introdução – a descentralização da saúde, e a conseqüente maior responsabilidade do poder local, vem desde o início da década de 1.980: em 1.983 têm–se as Ações Integradas de Saúde (AIS), e, 1.987 os sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Atualmente, o desafio maior consiste em efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS) privilegiando o nível local. A implementação do SUDS evidenciou, no Brasil a vontade política de incutir mudanças no setor de Saúde, por parte do governo federal e de governos estaduais, as quais culminaram com a criação da Lei 8.080/90, do Sistema Único de Saúde. Essas mudanças se concretizaram, no âmbito de alguns Estados brasileiros, por meio de projetos de organização dos serviços de saúde e de novos modelos assistenciais.

Os projetos de implantação dos distritos sanitários desenvolvidos no período do SUDS, reforçaram a necessidade de se incutir mudanças na lógica da organização da rede de serviços de saúde, bem como nas práticas sanitárias ali desenvolvidas. Essas mudanças deveriam buscar uma

maior eficiência administrativa e um maior impacto epidemiológico sobre os problemas de saúde existentes.

Nota – este texto é, na realidade, uma breve introdução, por isso queremos esclarecer aos interessados no assunto, que para obter o texto na íntegra (total), basta solicitá-lo, que atenderemos todos os pedidos e enviaremos os mesmos pelos Correios e Telégrafos; portanto, entre em contato conosco através dos nossos telefones ou e-mail.

À Direção.

Maceió, Janeiro de 2.012

Autor: Mário Jorge Martins.

Prof. Adjunto de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

Mestre em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Médico da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).