



RELATÓRIO DO GRUPO DE TRABALHO –
GESTÃO SAÚDE

Portaria Nº 204, de Agosto de 2015.

Outubro/2015



ÍNDICE

1. PORTARIA Nº 104, DE AGOSTO DE 2015.....	2
2. JUSTIFICATIVA.....	4
3. MINUTA DO DECRETO DE GESTÃO REGIONAL.....	9
4. MINUTA DO ACORDO DE GESTÃO REGIONAL.....	13
5. METODOLOGIA PARA CAPACITAÇÃO DE GESTORES – CURSO DE GESTÃO PARTICIPATIVA E TRABALHO EM SAÚDE.....	22
6. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO REGIONAL.....	23
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA IMPLANTAÇÃO.....	24
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

**1. PORTARIA Nº 204, DE AGOSTO DE 2015**

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso de suas atribuições que lhe confere o inciso X, do art. 448, do Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, aprovado pelo Decreto nº 34.213, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013, e Considerando a Lei Nº8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências.

Considerando o conteúdo da Portaria GM nº 4279 de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando o Decreto nº 36.671, de 13 de agosto de 2015, que institui grupo de trabalho para realizar estudos e projetos, com vistas à descentralização da gestão da saúde;

Considerando que a regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a organização da Rede de Atenção à Saúde;

Considerando a necessidade de aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde do DF (SUS-DF), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Considerando a necessidade de definir os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde do DF, para apoiar a organização das Redes de Atenção à Saúde, bem como as diretrizes e estratégias para sua implementação, RESOLVE: Art. 1º. Designar o Grupo de Trabalho composto pelos servidores a seguir relacionados, sob a coordenação do titular desta Pasta, 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. Integrantes: LEILA BERNARDA DONATO GOTTEMS, matrícula 163667-7, RICARDO CARDOSO SANTOS, matrícula 1.670.755-9, ARMANDO MARTINHO BARDOU RAGGIO, matrícula 268.743-7, RENILSON REHEM DE SOUZA, RG: 2.834.731 SSP/DF, EDUARDO LUIZ CONCEIÇÃO BERMUDEZ, RG: 543.534.030 SSP/SP, LUIZ ARNALDO PEREIRA DA CUNHA JUNIOR, RG: 811.196 SSP/DF e SADY CARNOT FALCÃO FILHO, RG: 281.528 SSP/DF.

Art. 2º O Grupo de Trabalho terá o prazo de 60 (sessenta) dias para conclusão dos trabalhos.



Art. 3º O Grupo de Trabalho poderá, sempre que necessário, convocar servidores das áreas envolvidas, bem como convidar especialistas, para agregar conhecimentos técnicos e validar os documentos e ações propostas.

Art. 4º O Grupo de Trabalho terá as seguintes atribuições:

1. Definir os princípios que nortearão os trabalhos;
2. Analisar 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 URD e das unidades de saúde para melhorar o desempenho do SUS-DF;
3. Propor modelos e metodologias de operacionalização da descentralização da gestão para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital – URD, incluindo:
 - I – elaboração do modelo de Acordo de Gestão Regional e de Acordo de Metas contendo diretrizes, objetivos, indicadores, metas e linhas de base;
 - II – elaboração de critérios de alocação de recursos, montante de recursos a serem executados de forma descentralizada, bem como os limites por categoria de despesa;
 - III – definição dos objetos que poderão ser licitados e adquiridos de forma descentralizada;
 - IV – definição de critérios e metodologia de monitoramento e avaliação da descentralização;
 - V – definição de estratégias de formação permanente de profissionais e gestores em cada Região de Saúde e URD para a implantação da gestão descentralizada;
- 4) Propor um modelo de governança colegiada para a gestão descentralizada e participativa da saúde no âmbito do SUS-DF com base nos princípios do SUS;

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FÁBIO GONDIM PEREIRA DA COSTA



2. JUSTIFICATIVA

Justificativa para o Decreto que Institui o Descentralização

A Minuta de Decreto em pauta Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde – PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital, com vistas ao desenvolvimento da atenção a saúde de forma integrada e regionalizada. Trata-se de uma iniciativa do Governo do Distrito Federal (GDF) para reestruturar e adequar a gestão do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (SUS-DF).

O Sistema Único de Saúde deve ser acessível a todos, sob o princípio pétreo da universalidade¹, simplesmente porque a doença já é universal há muito tempo. O acesso, porém, de cada um, deve se dar pela filiação a uma Unidade de Saúde de base territorial, onde deve-se resolver a maioria dos problemas na sua origem, o que exige a maior capacidade de que é dotada uma rede de saúde na primeira instância de atendimento.

A complexidade está nas pessoas e não nas máquinas, o complexo é o ser humano que sofre e o ser humano que o atende e suas relações se estabelecem na Atenção Primária à Saúde², matriz da universalidade, instância de maior importância para a consolidação de um sistema universal de promoção, prevenção e proteção da saúde, com responsabilidade sanitária³.

As situações vivenciadas na vida cotidiana da atenção primária devem ser reconhecidas como as mais complexas e não aquelas referidas a outros estágios da rede de atenção, apenas para esclarecimento e confirmação de diagnóstico ou até mesmo para cuidado mais específico.

¹ Brasil, Lei 8080/1990.

² Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União 2011, out. 24.

³ Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006;



Em 1960, trinta anos antes do Sistema Único de Saúde, a saúde em Brasília era para todos. Quase trinta anos depois do SUS ela está ameaçada de ser cada vez menos para todos, cada vez mais excludente, embora continuemos incorporando mais de 50 mil novos habitantes dentre os nascidos ou chegados para viver aqui ou no Entorno. A saúde é uma política tanto mais competente, quanto mais promover atitudes saudáveis, quanto mais prevenir doenças, quanto mais proteger a vida e fazer diagnóstico e tratamento oportuno das doenças, quanto mais for capaz de reduzir o dano não evitado e quanto mais recuperar sequelas ou reabilitar. E se a morte for inexorável, quanto mais lhe conferir dignidade.

As pessoas podem ser muito mais cientes e protagonistas da sua saúde e o trabalho na saúde tão mais honroso, devendo ser resgatado e voltar a ser tão ou mais gratificante do que no passado, com muito melhores resultados que os atuais.

O sistema público de saúde de Brasília exige reestruturação imediata, ao mesmo tempo em que deve recuperar a sua capacidade de atendimento eletivos, de urgência e emergência por toda a rede, especialmente pelas unidades de pronto atendimento e de pronto socorro.

Se nada for feito para mudar nossa trajetória, a médio e longo prazo teremos equiparado o sistema de saúde de Brasília, ao sistema das velhas cidades, bem ao contrário do que constatou Ernesto Silva em 1959⁴, isto é, nosso futuro se configurando como nosso passado ancestral, permitindo que pela multiplicidade de meios de assistência, a saúde se torne onerosa e paradoxalmente insuficiente (Silva, 1959).

É exatamente com o propósito de reorientar os rumos da saúde em Brasília que devemos adotar um novo modelo de atenção e igualmente um novo modelo de gestão descentralizada com critérios de conforto, segurança e economicidade sem perder de vista a configuração metropolitana por parceria com as unidades federadas estaduais e municipais limedinas a Brasília.

O novo modelo de atenção e de gestão também exige profissionais de novo tipo tanto para cuidar de uma população com proporções crescentes de pessoas longevas e portadoras de doenças crônicas e degenerativas, quando os crônicos se fazem passar por agudos, e os

⁴O planejamento médico-hospitalar de Brasília veio revolucionar os sistemas até então conhecidos, romper a rotina, corrigir métodos ora existentes nas velhas cidades e impedir que, pela multiplicidade de meios de assistência, a medicina se torne onerosa e, paradoxalmente insuficiente". Ernesto Silva (1914-2010) Brasília, 1960



agudos não atendidos se tornam crônicos, quando não morrem ou restam mutilados com perda parcial ou integral de sua autonomia, em consequência da insuficiência do atendimento oportuno ou pior, inadequado.

Além de prover mão de obra, apoio em diagnóstico e tratamento e logística para suporte de toda a rede e das respectivas unidades de internação, devemos tomar medidas políticas, técnicas e administrativas no menor prazo, de modo a promover a reestruturação da atenção à saúde da população do Distrito Federal em toda a sua extensão territorial e demográfica, incluindo-se a população do Entorno³, ainda no presente exercício⁴.

O que é descentralizar na saúde? Descentralizar significa darmos mais atenção a quem tem menos atenção, mais atenção para quem mais carece de atenção, expandindo e mantendo os serviços descentralizados e resolutivos. Isto será tão mais eficaz, eficiente e efetivo, quanto mais integradas sejam as unidades de saúde e quanto mais suas atividades intra e inter unidades e regionais forem compartilhadas. Sendo necessário para tal disponibilizar, boas instalações físicas, equipamentos, insumos e trabalhadores envolvidos na promoção, prevenção e proteção da saúde, inclusive os integrantes dos serviços de vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária e ocupacional, e aqueles tão reclamados pela população, os serviços de cuidados com os que padecem de agravos agudos e passageiros até os de risco iminente de morte, que podem ter vida longa e de boa qualidade desde que bem assistidos.

Por que não temos essas unidades com agenda aberta e atendendo em horário ampliado em mais dias da semana, inclusive dias santos, de festa e de guarda ou ainda de ponto facultativo, conforme manejo de horários e escalas? Por que não implantarmos Unidades Sentinela escaladas de modo a poupar e otimizar recursos e jornadas de forma antecipada e com aquiescência da comunidade? Por que não implantarmos Unidades de Pronto Atendimento⁵ constituídas por profissionais da atenção básica/primária/saúde da família, conhecidos e conhecedores dos usuários, de cada pessoa e de suas histórias

³Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Projeto: governança metropolitana no Brasil. Disponível em: http://ipea.gov.br/ndotipea/assess/pdfe/governanca_metropolitana/tel1_1_ridesdf.pdf

⁴SHIMIZU, Helena Eri et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2275-2284, 2013



individuais, de suas famílias e comunidades, de modo a conferir segurança recíproca entre os assistentes e assistidos?

O modelo de atenção integrada focalizando as comunidades locais que deve ser adotado radicalmente, incorporando a atenção psicossocial inclusive, exige considerar as consequentes necessidades de medidas administrativas e orçamentário-financeiras coerentes, porém, sem perder de vista o poder de barganha no mercado a favor do público quando se realizam compras concentradas de bens e serviços, de uso diagnóstico e terapêutico geral e continuado, das atividades meio e de ações logísticas e estratégicas a serem adotadas e contratadas, ainda de forma centralizada, para toda a Rede SES. Isto implica em se coordenar uma grande mudança, que na visão de Sócrates... *O segredo da mudança está na máxima aplicação da energia disponível no novo, aplicando-se no mesmo ou "mais do mesmo", só quando for indispensável (Sócrates).*

O que fazer para descentralizar? Fazer a descentralização exige o reconhecimento oficial das Regiões de saúde, devendo-se atribuir-lhes "autoridade sanitária regional" apoiada por um colegiado de gestão composto de todas as regionais de saúde e suas equipes territoriais, inclusive diretorias ou coordenadorias de unidades, gerências e chefias de serviços, núcleos ou sessões já nomeadas. Em cada Região de Saúde deve haver uma instância de participação e controle social já existente ou estabelecida por junção de conselhos regionais ou por criação de iniciativa do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

Ademais, há que se fortalecer a capacidade de planejamento, gestão, regulação, controle, avaliação e de financiamento da SES-DF como instância única de gestão do SUS-DF, segundo o Art. 9º da lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990⁴. Deve-se ainda investir na otimização da capacidade operacional da Rede de Saúde do Distrito Federal, fortalecendo nos diferentes atores do sistema público de saúde do DF, as obrigações sistêmicas do SUS-DF com sua população e com aquela que reside nos municípios da RIDE-DF. Os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade; Participação e Controle Social, reforçados no Pacto pela Saúde, pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão instituído pela Portaria GM 399 de 22 de fevereiro de 2006, reforçados no Decreto 7508 de 2011, devem ser reforçados.

⁴ Lei 8080/1990.



Para uma mudança desta natureza há a necessidade de se fortalecer as estratégias de formação permanente de profissionais e gestores em cada Região de Saúde e em cada Unidade de Referência Distrital para a implantação da gestão descentralizada. Todas estas ações serão iniciadas a partir da publicação deste Decreto que institui o Programa de Gestão Regional da Saúde – PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital.

Por fim ressaltamos que o presente Decreto é resultado do amadurecimento institucional ocorrido nos últimos anos no âmbito da SES-DF e, porque não, no SUS como um todo. Os sistemas de saúde no mundo coexistem atualmente com dilemas estruturais, relacionados com a compatibilização entre o aumento contínuo das necessidades de saúde – motivado por fatores demográficos, pelo refinamento tecnológico da oferta e aumento do grau de exigência dos cidadãos – e a pressão sobre as costas públicas, necessidade de controle dos déficits e dos níveis de dívida pública. No DF, a plena implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal, cunhado na Constituição Federal (CF) e nas Leis Orgânicas, requer o enfrentamento de obstáculos que configuram o contexto complexo de avanços e retrocessos da construção das políticas sociais em cenários de grandes desigualdades. Cabe ao poder público o esforço de propor reformas que contribuam para o aperfeiçoamento das entregas a serem feitas a sociedade. Diante do acima exposto, submete-se esta proposição à análise e aprovação desta Casa Civil.



3. MINUTA DO DECRETO DE GESTÃO REGIONAL

MINUTA DE DECRETO

Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde – PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital, com vistas ao desenvolvimento da atenção biopsicossocial integrada.

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 100, inciso XXVI, da Lei Orgânica do Distrito Federal, e considerando o disposto no artigo 205, inciso II, dessa Lei Orgânica, bem como os instrumentos já instituídos para a área de Saúde, no âmbito do Distrito Federal, DECRETA:

Art. 1º Fica instituído o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal.

Art. 2º Para fins do disposto neste Decreto considera-se:

- I. Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Regiões Administrativas limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
- II. Unidade de Referência Distrital (URD) – unidade pública de atenção à saúde destacada por suas especificidades assistenciais, especialização ou finalidade, como referência para todas as Regiões de Saúde.
- III. Unidade de Saúde - unidade pública de atenção à saúde destinada a prestar assistência médica-sanitária a uma população, em área geográfica definida.
- IV. Rede de Atenção à Saúde – conjunto de ações e serviços de saúde coordenados pela Atenção Primária à Saúde e articulados com a finalidade de garantir a integralidade da atenção biopsicossocial à saúde.
- V. Acordo de Gestão Regional – instrumento celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital.
- VI. Acordo de Objetivos e Metas – instrumento a ser celebrado entre as Unidades de Saúde e respectivas Regiões de Saúde.

Art. 3º A operacionalização do PRS dar-se-á mediante a formalização de Acordo de Gestão Regional e a alocação de créditos orçamentários e recursos financeiros para apoiar a execução das atividades pactuadas no referido acordo celebrado com as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital.



§1º Antes de celebrar o Acordo de Gestão Regional, a Região de Saúde, deverá apresentar proposta de objetivos e metas de cada Unidade de Saúde do seu território com vistas à conformação de Redes de Atenção à Saúde.

§2º Cada unidade de saúde, com seu território definido e população vinculada, elaborará a programação de atenção à saúde contendo ações, metas e indicadores, conforme o perfil sociodemográfico e epidemiológico.

§3º O Acordo de Gestão Regional e o Acordo de Objetivos e Metas deverão obedecer às diretrizes e objetivos do Plano de Saúde Distrital e da Programação Anual de Saúde.

Art. 4º Para a implantação do PRS ficam definidas as Regiões de Saúde e URD conforme Mapa de Saúde do Distrito Federal e o Decreto xxxx (estrutura da SES).

Art. 5º A implantação do PRS se fará também nas URD que para tal, deverão apresentar proposta de objetivos e metas com vistas à formação de Redes de Atenção à Saúde e em conformidade com o Plano de Saúde Distrital e Programação Anual de Saúde.

Parágrafo único. A URD contará com uma Comissão de Articulação Interregional presidida pelo seu diretor e composta por um representante de cada Região de Saúde.

Art. 6º O PRS será gerido pela Secretaria de Estado da Saúde com acompanhamento do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde e do Colegiado de Gestão Regional.

§1º O Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde, definido por seu Regimento Interno, acompanhará quadrimestralmente o desempenho das Regiões de Saúde, conforme metas e resultados pactuados no Acordo de Gestão Regional;

§2º O Colegiado de Gestão Regional tem por finalidades a identificação, a definição de prioridades e a pactuação de soluções para a organização da rede de atenção integrada e resolutive na Região de Saúde.

§3º O Colegiado de Gestão Regional é composto, em cada Região de Saúde, pelos dirigentes da Região de Saúde e das Unidades de Saúde da Região.

Art. 7º À Superintendência Regional de Saúde, sob a coordenação da Administração Central da Secretaria de Saúde e no âmbito de seu território, caberá as seguintes competências: Gestão do Sistema de Saúde Locoregional, Gestão da Atenção à Saúde, Gestão Financeiro-orçamentária, Gestão da Educação em Saúde e Gestão da Infraestrutura.

Art. 8º À URD, sob a coordenação da Administração Central da Secretaria de Estado da Saúde, caberá as seguintes competências:

- I. Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada;



- II. Programar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde em conjunto com as Regiões de Saúde em conformidade com o Plano Distrital de Saúde e Programação Anual de Saúde;
- III. Ordenar despesas e gerir os recursos do Fundo de Saúde de acordo com Ato de Delegação de Competências do Secretário de Estado da Saúde.
- IV. Adotar as boas práticas de gestão para a administração de pessoal, patrimônio, e contratação de bens e serviços.

Art. 9º Determinar que a Secretaria de Fazenda do Distrito Federal crie Unidades Gestoras Executoras (UGE) do Fundo de Saúde do Distrito Federal (FSDP) no sistema de execução orçamentária e financeira do GDF, para as Regiões de Saúde e para as URD estabelecidas nos artigos 4º e 5º;

§1º A Unidade Gestora Executora - UGE é uma unidade codificada no sistema, componente da estrutura dos órgãos da Administração Direta, das Autarquias e das Fundações, incumbida da execução orçamentária e financeira da despesa propriamente dita.

§2º Poderão ser criadas novas UGE de acordo com as necessidades de implantação do PRS.

§3º O Secretário de Estado da Saúde designará os ordenadores de despesa e gestores financeiros das UGE as quais se referem o caput nos termos do Art. 3º.

§4º A partir da implantação da UGE não serão mais liberados recursos do Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPA) para as Unidades de Saúde da respectiva Região de Saúde ou para as URD.

Art. 10 Os gestores responsáveis pela Superintendência Regional de Saúde e pela Unidade de Referência Distrital - URD, ao serem designados pelo Ato de Delegação de Competência assumirá o compromisso, em seus respectivos âmbitos de atuação, com o atingimento das metas e objetivos decorrentes de suas competências previstas neste Decreto e no Acordo de Gestão Regional.

§ 1º Os gestores indicados no caput deste artigo serão submetidos ao acompanhamento e avaliação dos resultados alcançados conforme os objetivos, metas e indicadores do Acordo de Gestão Regional.

§ 2º Eventuais omissões e irregularidades poderão ser incursas nas infrações previstas no art. 46 da Lei Complementar Federal nº 141, de 15 de janeiro de 2012, sem prejuízo da atuação dos órgãos de controle governamental, interno e externo.

Art. 11 Ato do Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal disporá sobre normas complementares e orientações necessárias à execução do PRS.



Art. 12 A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal terá o prazo de 180 dias para implantar o Programa de Gestão Regional da Saúde – PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital.

Art. 13 Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, de outubro de 2015;

RODRIGO ROLLENBERG



4. MINUTA DO ACORDO DE GESTÃO REGIONAL

Minuta de Acordo de Gestão Regional que entre si celebraram a Secretaria de Estado de Saúde e a Região de Saúde xxxx, composta pelas Regiões Administrativas de xxx

ACORDO DE GESTÃO REGIONAL N°xxx/201x-SES/DF

ACORDO DE GESTÃO REGIONAL QUE ENTRE SI CELEBRAM A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E A REGIÃO DE SAÚDE xxxx, COMPOSTA PELAS RA x, y, z, , OBJETIVANDO A MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE, A INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS, E O ALCANCE DE METAS DE DESEMPENHO SEGUNDO AS DIRETRIZES E OBJETIVOS DO PLANO DE SAÚDE DO DF.

A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/DF, inscrita no CNPJ/MF nº 00.394.700/0001-08, com sede no Setor de Áreas Isoladas Norte – SAIN, Bloco B, 1º andar, sala 159, Brasília/DF, neste ato representado por FÁBIO GONDIM PEREIRA DA COSTA, inscrito no CPF sob o nº XXXXXX, e o Superintendente da Região de Saúde XXXX: inscrito no CPF sob o nº XXXXXXXXX, com fulcro no Art. 218 da Lei Orgânica do Distrito Federal, em consonância com o Art. 37, inciso § 8º da Constituição Federal, na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990, no art. 33, no Decreto nº7508, de 28 de junho de 2011, no Plano de Saúde do Distrito Federal, nas diretrizes e portarias do Ministério da Saúde e de acordo com as seguintes cláusulas e condições estabelecidas no presente ACORDO DE GESTÃO REGIONAL.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Este Acordo de Gestão Regional tem por objeto estabelecer a prestação de ações integradas de saúde, em unidades integradas (Anexo I), sob a responsabilidade das partes, para a prevenção de doenças, promoção e atenção à saúde da população da Região de Saúde XXXX, usável do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, conforme as necessidades da população, as diretrizes e princípios do SUS e legislação vigente.



CLÁUSULA SEGUNDA – DA FINALIDADE

A finalidade do presente acordo é implantar um novo modelo de gestão e de atenção à população dessa Região, com a conformação de redes de atenção, mediante a contratualização de objetivos e metas, sustentado no Plano de Saúde do Distrito Federal, garantindo a integralidade e a continuidade do cuidado à saúde, a eficiência na utilização dos recursos, a melhora dos resultados com o alcance de metas, a transparência das informações, a co-responsabilização de todos os envolvidos nos processos, posicionando o usuário no centro do sistema de saúde.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

Os Signatários do presente Acordo e anexos, para o cumprimento e operacionalização efetiva deste, obrigam-se ao mútuo apoio técnico, a disponibilizar o acesso às informações visando o aperfeiçoamento das funções estabelecidas, a melhora do desempenho pactuado, bem como, a implementação de estratégias de humanização do atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal – SUS/DF.

I. OBRIGAÇÕES DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/DF

- a. Garantir às Regiões de Saúde as condições necessárias ao desenvolvimento das ações e serviços pactuados no presente acordo, conforme o Plano Plurianual e a Programação Anual de Saúde, em relação aos recursos humanos, materiais, infraestrutura física, tecnológica e habilitação de serviços;
- b. Disponibilizar as informações necessárias à Superintendência Regional permitindo o acompanhamento, monitoramento e avaliação dos serviços prestados e a tomada de decisões pelos integrantes da Região de Saúde;
- c. Acompanhar o desenvolvimento e avaliar o desempenho das ações e os serviços pactuados, ajustando-os quando necessário;
- d. Desenvolver estratégias de incentivos institucionais, co-responsabilização e transparência no orçamento, e disponibilizar um sistema de monitoramento e acompanhamento da produção e faturamento ao longo do primeiro ano de vigência deste acordo;
- e. Desenvolver conjuntamente com os gestores um método para a construção dos Acordos de Objetivos e Metas com as Unidades de Saúde da Região;



f. Pactuar com os gestores da Região de Saúde e de Unidades de Saúde as Linhas Guias para o fluxo de usuários, ou seja, referência e contrarreferência da atenção à Saúde, através do Sistema de Regulação.

g. Transferir créditos orçamentários e recursos financeiros consignados no orçamento do Fundo de Saúde do Distrito Federal à Unidade Gestora Executora (UGE) da Região de Saúde para apoiar as ações e serviços de saúde no território.

II. OBRIGAÇÕES DA REGIÃO DE SAÚDE

No eixo de Gestão do Sistema de Saúde Locorregional a Superintendência da Região de Saúde XXX obrigará-se à em:

- a. Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada;
- b. Identificar vazios de atenção à saúde e propor estratégias para solucioná-los;
- c. Programar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde;
- d. Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- e. Regular o acesso aos serviços de abrangência regional e articular com a Central de Regulação da SES o acesso aos demais serviços;
- f. Gerenciar a atenção farmacêutica e sua logística na Região de Saúde;
- g. Realizar a gestão de pessoas em seu território regional (dimensionamento e remanejamento de pessoal, escalas, ponto e benefícios);
- h. Alimentar os Sistemas de Informação de base nacional, em especial do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, as Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo – APAC, dos Sistemas de Informações da Atenção Básica – SIAB, SIM, SINASC, SINAN, dos Sistemas de Informações da Vigilância em Saúde, fornecendo os dados requisitados dentro do prazo oficial estabelecido;
- i. Assumir a execução e a gestão das atividades meio e fins, necessárias ao cumprimento do presente acordo, considerando seu grau de autonomia e responsabilização, em conformidade com a SES/DF;
- j. Transferir os conteúdos específicos/operacionais do Acordo de Gestão Regional (AGR) para suas unidades prestadoras, uma a uma, mediante Acordo de Objetivos e Metas (AOM), o qual será desenvolvido e assinado no prazo de 2 meses após a assinatura do AGR, que constará dos Anexos do respectivo AGR;



No eixo da Gestão da Atenção à Saúde a Superintendência da Região de Saúde XXX obrigarse-á em:

- a. Garantir e melhorar o acesso dos usuários aos serviços pactuados, de forma integral, integrada e contínua, considerando o desenho das redes de atenção à saúde, os mapas de vinculação (Anexo XXX), seus fluxos e contra fluxos assistenciais e a responsabilidade de cada ponto de atenção;
- b. Garantir que todos os usuários do Sistema Único de Saúde, atendidos nas unidades e serviços desta Região de Saúde, tenham atendimento igualitário, quanto à atenção integral à saúde, não tendo que custear qualquer serviço ou insumo necessário a este atendimento;
- c. Promover a articulação e integração entre os serviços de atenção à saúde da sua Região;
- d. Prestar serviços à população acolhendo toda e qualquer demanda e suas necessidades identificadas;
- e. Assumir a prestação dos serviços constantes no Anexo XXX, seguindo as linhas de cuidado das Redes Temáticas, com os recursos financeiros, humanos, infraestrutura física, tecnológica e material que disponha, descritas no Anexo XXX;
- f. Acompanhar os indicadores de qualidade da atenção e de produção, incluídos os relativos às equipes de Saúde da Família, Centros de Saúde e demais unidades assistenciais;
- g. Cumprir as normas de habilitação para todos os estabelecimentos públicos de saúde, relacionadas às condições de qualificação dos serviços, em parceria com a SES-DF;

No eixo da Gestão Orçamentário-financeira a Superintendência da Região de Saúde XXX obrigarse-á em:

- a. Utilizar corretamente os créditos orçamentários e recursos financeiros descentralizados pelo Fundo de Saúde do Distrito Federal para o apoio às ações e serviços de saúde da Região de Saúde, conforme regulamentação definida pela Administração Central da SES-DF;
- b. Ordenar despesas e gerir os recursos do Fundo de Saúde de acordo com Ato de Delegação de Competências do Secretário de Estado da Saúde;
- c. Adotar as boas práticas de gestão para a administração de recursos humanos, patrimônio e contratação de bens e serviços.

No eixo da Gestão da Infraestrutura a Superintendência da Região de Saúde XXX obrigarse-á em:



- a. Cumprir as normas de habilitação para todos os estabelecimentos públicos de saúde, em parceria com a SES/DF, relacionadas às condições de qualificação dos serviços;
- b. Implementar permanentemente medidas para a melhoria da qualidade e segurança do paciente em cada unidade de saúde;
- c. Garantir a manutenção predial e de equipamentos, preventiva e corretiva, sob sua gestão;

No eixo da Gestão da Educação em Saúde a Superintendência da Região de Saúde XXX obriga-se a:

- a. Propor ações de educação permanente em saúde em conformidade com carências identificadas na capacitação e atualização dos servidores para atenção integral e integrada à saúde dos usuários de seu território;
- b. Acompanhar a inserção das escolas, próprias da SES/Fepeca ou conveniadas, de formação de profissionais de saúde na Região em conformidade com as necessidades identificadas da população de seu território regional;

CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS A SEREM DESCENTRALIZADOS E DA REVISÃO DOS VALORES

Os recursos a serem regionalizados/descentralizados levarão em conta as necessidades da região, de sua capacidade instalada, além do levantamento de custos e, também, com base em critérios de produção assistencial observados nos Sistemas de Informação de base nacional, em especial do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, aí incluídas as Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo – APAC, e do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, sem prejuízo de outros critérios a serem definidos pela Secretaria de Estado de Saúde.

A revisão dos valores será realizada anualmente e levará em conta o desempenho da Região, com base no faturamento aferido na base de dados do SIA/SUS e do SIH/SUS, validada pelo Ministério da Saúde, e no cumprimento das metas assistenciais definidas no ANEXO XX.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

- a. Os parâmetros e indicadores utilizados no acompanhamento, monitoramento e avaliação dos resultados serão os constantes das cláusulas do presente acordo e do Anexo XX.



- b. A avaliação de desempenho do presente acordo será realizada quadrimestralmente e seus objetivos e metas revisadas e pactuados anualmente.
- c. A Superintendência da Região de Saúde XXX está sujeita ao controle interno da SES/DF, que exercerá o controle, monitoramento e avaliação do presente acordo, conforme previsto em Lei;
- d. O Superintendente signatário responsabiliza-se individualmente pela prestação de ações e serviços conforme sua capacidade resolutiva, e de acordo com o pactuado nos respectivos anexos;
- e. As partes signatárias se comprometem a resolver, em parceria, as discordâncias em relação à avaliação do cumprimento das metas estabelecidas.

CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA

- a. O presente acordo de gestão é por prazo indeterminado, iniciando a sua vigência a partir da publicação de seu extrato no Diário Oficial do Distrito Federal – DODF, em conformidade com o Princípio da Continuidade e o disposto no art. 7º da Lei Orgânica de Saúde n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o Decreto XXX.
- b. Os compromissos firmados pelas partes, nos termos deste Acordo de Gestão Regional deverão ser assumidos de forma institucional, não sofrendo descontinuidades ocasionadas por eventuais substituições dos cargos técnicos e de direção, tanto na Administração Central da SES/DF quanto na Superintendência da Região de Saúde. Em caso de alteração dos signatários, a substituição deverá ter publicação imediata no DODF.
- c. O acordo de gestão poderá ser revisto, modificado ou ajustado a qualquer tempo, mediante termos aditivos a serem firmados por todos os signatários do presente instrumento.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA PUBLICAÇÃO

- a. A publicação do presente instrumento será providenciada pela SES/DF, em extrato no Diário Oficial do Distrito Federal, às suas expensas, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura.

CLÁUSULA OITAVA – DO SEGUIMENTO DO ACORDO DE GESTÃO

Para acompanhar, monitorar e avaliar o acordo de gestão, os signatários serão assim representados: administração central da SES/DF - pelo Colegiado de Gestão da SES/DF e a Região de Saúde XXX- pelo Colegiado de Gestão da Região.



- a. Caberá aos referidos colegiados, avaliarem a execução das ações e serviços desenvolvidos pelas Unidades de Saúde, de acordo com os objetivos e metas previamente definidas nos anexos do presente acordo;
- b. A Superintendência da Região de Saúde permitirá livre acesso aos integrantes dos colegiados, responsáveis pelas atividades descritas no caput desta cláusula, para fins de monitoramento e construção de aditivos, que deverão ser revisados, e pactuados e assinados pelos respectivos colegiados;
- c. Os casos omissos, questões, dúvidas e litígios decorrentes da implementação deste acordo de gestão, serão dirimidos administrativamente, no âmbito das instâncias acordantes, respeitando-se os dispositivos legais, a Lei nº 8.112/90 e a Lei Complementar nº 840/2011 aplicada ao GDF por determinação da Lei nº 197/91 e a legislação aplicável a cada caso específico.

CLÁUSULA NONA – DISPOSIÇÕES GERAIS

- a) A relação de serviços estabelecida no presente acordo, para as Unidades e Serviços da Região de Saúde xxx, é a que consta do Anexo xx, devendo ser revisada e atualizada anualmente;
- b) A população a quem se destinam as atividades contidas no presente Acordo de Gestão, é a que habita a Região de Saúde xxx, tomando-se como referência a população oficialmente estimada para o ano de vigência do presente acordo;
- c) As características específicas e os volumes de serviços pactuados neste Acordo de Gestão deverão seguir a lógica de implantação gradual, sempre respeitando a integralidade e a continuidade da atenção à saúde;
- d) A evolução da implantação das linhas de cuidados ou redes temáticas prioritárias serão objetos do anexo xx e de aditivos ao presente Acordo de Gestão;
- e) A Superintendência da Região de Saúde deverá cumprir as disposições emanadas pela SES-DF e órgãos competentes, em matéria de habilitação, autorização, registro, catalogação, elaboração de informações e estatísticas epidemiológicas, bem como, as aplicáveis à situação das unidades assistenciais e serviços;
- f) O gestor responsável pela Superintendência Regional de Saúde, ao ser designado pelo Ato de Delegação de Competência, em seu respectivo âmbito de atuação, assumirá o compromisso com o alcance das metas e objetivos decorrentes de suas competências previstas neste Acordo de Gestão Regional.

Este acordo substitui qualquer outro subscreto anteriormente para a prestação de serviços na Região XXXXXXXXXXXXX de Saúde do Distrito Federal.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO**

Os gestores responsáveis pela Superintendência Regional de Saúde e pela Unidade de Referência Distrital – URD, ao serem designados pelo Ato de Delegação de Competência assumirá o compromisso, em seus respectivos limites de atuação, com o atingimento das metas e objetivos decorrentes de suas competências previstas neste Decreto e no Acordo de Gestão Regional.

§ 1º Os gestores indicados no caput deste artigo serão submetidos ao acompanhamento e avaliação dos resultados alcançados conforme os objetivos, metas e indicadores do Acordo de Gestão Regional.

§ 2º Eventuais omissões e irregularidades poderão ser incursas nas infrações previstas no art. 46 da Lei Complementar Federal nº 141, de 15 de janeiro de 2012, sem prejuízo da atuação dos órgãos de controle governamental, interno e externo.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

Fica eleito o foro de Brasília – DF, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja ou venha a ser, para dirimir quaisquer questões oriundas da execução deste termo.

E assim, por estarem justos e acordados, assinam o presente acordo de gestão em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Brasília - DF, de de 201x.

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

SUPERINTENDENTE DA REGIÃO DE SAÚDE XXXXXXXXXXXXX

TESTEMUNHAS:



Nome: _____ Ass: _____

Nome: _____ Ass: _____



5. METODOLOGIA PARA CAPACITAÇÃO DE GESTORES – CURSO DE GESTÃO PARTICIPATIVA E TRABALHO EM SAÚDE

Cabe desenvolver um currículo específico construído juntamente com a área técnica demandante, tendo como horizonte objetivo implantar um processo de Educação Permanente para área de gestão da SES/DF.

A organização teórico-metodológica deverá caminhar por etapas distintas e encadeadas, a partir de cada um dos problemas detectados na realidade, utilizando um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades, intencionalmente selecionados e organizados, de acordo com a natureza do problema e do contexto em que ele se expressa, ampliando os espaços educativos para além da sala de aula na direção dos serviços e da comunidade, a partir de três (3) eixos:

Ser regionalizado, ou seja, organizados, ainda que simultaneamente, em cada uma das Regiões de Saúde, tendo como horizonte trabalhar com grupos de trinta (30) participantes aproximadamente.

Ser organizados em sequências de atividades encadeadas com momentos de concentração e dispersão. As atividades de concentração podem incorporar uma ou mais de uma Região de Saúde em discussões teórico-conceituais, apresentadas em formato de conferências, palestras e debates. Os momentos de trabalho em “sala de aula” são momentos importantes de discussão de conceitos, de retroalimentação para análise da prática e para a proposição e desenvolvimento de novas ações. Adicionalmente, esses momentos são cruciais para o planejamento de tarefas de mediação institucional que possibilitem a criação ou extinção de contextos organizativos que favoreçam ou inibem certas práticas, em direção das mudanças necessárias. As atividades de dispersão devem incorporar a observação da realidade, identificação dos problemas, dados e informações epidemiológicas pertinentes e, muito especialmente, a percepção dos profissionais acerca do problema e da realidade vivida. Para tanto são propostas tarefas/exercícios para serem realizadas individualmente ou em grupos.

Ter como produto a realização de Projetos de Intervenção, cuja complexidade ou número de ações propostas são determinadas pelos objetivos de aprendizagem e o recorte de conhecimento realizado, tendo em vista as diretrizes do processo de descentralização.



Essas diretrizes deverão orientar o eixo estruturante do curso e definir o recorte de conteúdo necessário para atingir os objetivos esperados, que devem ser descritos em cada sequência de atividades. A organização das atividades de aprendizagem inclui, portanto, etapas encadeadas em uma sequência flexível: observação da realidade, identificação dos pontos-chaves (causas e efeitos relacionados a realidade observada), teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Na discussão das "hipóteses de solução", após ter observado o problema na realidade e entendido sua natureza, os profissionais podem propor soluções que consideram adequadas. A metodologia permite o uso de diferentes técnicas didáticas: exposição oral e a aprendizagem de rotinas operativas, discussão de casos, leitura de texto, filmes, aulas, discussão de fluxos e protocolos, entendidas como parte do processo de construção de um conhecimento crítico e transformador. São diferentes arranjos pedagógicos possíveis, capazes de responder a estratégias específicas para o alcance de objetivos específicos.

A medida que compreende a ação pedagógica inserida na totalidade da prática social, o processo de Educação Permanente deverá contribuir para que os trabalhadores da saúde transformem sua vida profissional em algo mais rico, vivo e inovador apropriando-se de recursos e conhecimentos voltados para uma prática prestada no trabalho em equipe e na responsabilidade compartilhada, contribuindo para construção de uma sociedade justa, democrática e participativa. Enfatiza a importância de trabalhar na lógica da descentralização de ações, da construção de redes e parcerias, estimulando a criação de conselhos de gestão e diferentes formas de contratualizar resultados, pois são mecanismos que podem, na maioria das vezes, viabilizar os objetivos pretendidos e que merecem atenção especial no espaço de ensino-aprendizagem.

Público-alvo: profissionais dos diferentes níveis de gestão identificados na Administração Central da SES e em cada uma das sete regiões de saúde.

Facilitadores: a facilitação do processo ensino-aprendizagem deverá ser conduzida por número suficiente de facilitadores, que devem acompanhar os grupos em todas as sequências de atividades propostas, inclusive nas atividades de dispersão. Para atividades teóricas devem ser identificados professores de referência no tema a ser abordado e técnicos da SES responsáveis pela proposta de descentralização.

**Organização:**

a) **Oficinas:** Serão feitas oficinas prévias ao curso proposto pela EAPSUS, de Alinhamento Conceitual sobre o Plano de Gestão Regionalizada em 45 dias.

1ª Oficina: Conceitos fundamentais: o que, por que e como fazer a descentralização por meio da regionalização. Construção dos Acordos de Gestão Regional Carteiras de Serviços.

2ª Oficina: Gestão Orçamentária e Financeira

3ª Oficina: Monitoramento e avaliação dos Planos de Gestão Regionais

4ª Oficina: Repetição. Projeto de intervenção (apropriação da Região de Saúde).

b) **Encontros Mensais:** propõe-se encontros teóricos mensais com duração de 10 meses, atividades de dispersão intercaladas e apresentação dos Projetos de Intervenção.

Cronograma :

Atividade	Conteúdo	
Mês 1 – março 2015	Concentração – teorização - Como fazer a descentralização por meio da regionalização; - Construção dos Acordos de Gestão Regional - Carteira de Serviços	Tarefa de Dispersão - Construção da Carteira de Serviços
Mês 2 – abril 2015	- Apresentação e Discussão da Carteira de Serviços; - Gestão Orçamentária e Financeira - Planos de Gestão	Construção dos Planos de Gestão Regional
Mês 3 – maio 2015	- Apresentação e Discussão dos Planos de Gestão Regional - Monitoramento e Avaliação	Construção da proposta Monitoramento e Avaliação do Planos
Mês 4 - abril	Apresentação e Discussão da Proposta de M&A dos Planos Metodologia:	Preparação para elaboração do PI: Levantamento de problemas,



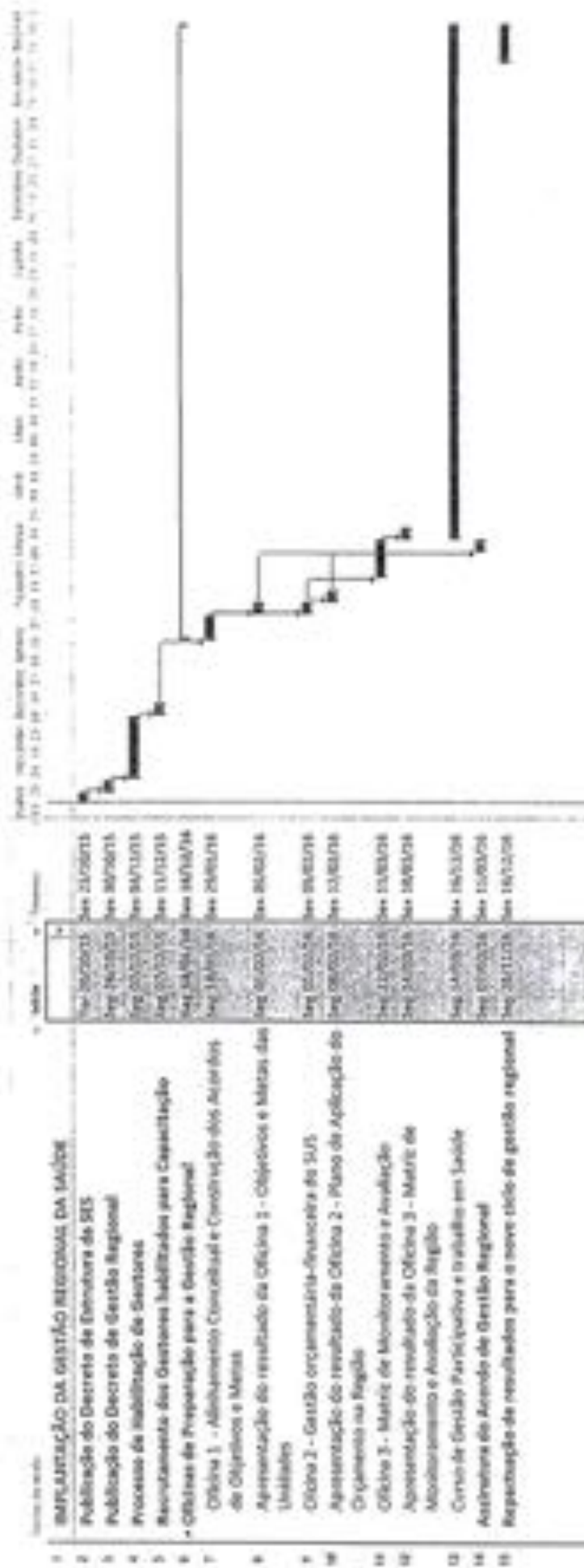
Atividade	Conteúdo	
	Projeto de Intervenção (PI) Planejamento	identificação de atores chaves estratégias de ação.
Mês 5 – maio	Concentração Apresentação do Planejamento do Projeto de Intervenção Educação Permanente em Saúde Cogestão e Gestão Participativa Controle Social	Tarefa de dispersão Elaboração do Projeto de Intervenção
Mês 6 – junho 2015	Apresentação e Discussão do Projeto de Intervenção: discussão dos objetivos e das ações/ atividades propostas	Factuação do Projeto Intervenção na Regional
Mês 7 – julho	Repactuação do Projeto de Intervenção	Realização do Projeto
Mês 8- agosto	Apresentação do processo de realização do Projeto – discussão	Realização do Projeto
Mês 9 – setembro	Apresentação dos Resultados do PI	Finalização do PI e Elaboração do relatório final

O cronograma proposto poderá incluir a discussão teórica de temas que emergirem no contexto das discussões.

Certificação: será certificado pela EAPSUS/FEPECS com carga horária de 80h de concentração e 80h de dispersão, totalizando 160h.



6. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO REGIONAL





7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA IMPLANTAÇÃO

A implantação do Programa de Gestão Regional em Saúde, tem por base a governabilidade e governança da descentralização político-administrativa para a promoção do novo desenvolvimento regional em saúde. Esse reordenamento governamental se conforma na composição de sete Regiões de Saúde e seus respectivos Colegiados de Gestão Regional – CGR. Cada uma das Regiões de Saúde será comandada por um Superintendente Regional ligado diretamente ao Secretário de Estado da Saúde, a quem são cometidas funções administrativo-financeiras, pré-estabelecidas em Planejamento Loco-Regional, com competências bem definidas e que contará para seu delineamento com o apoio de funcionários públicos e pessoal de cargos Comissionados, lotados nessa região.

A descentralização administrativo-financeira, insinua-se parte de um importante movimento histórico do estado moderno. Nessa direção, as Superintendências de Regionais de Saúde, em Brasília e seus Colegiados de Gestão Regional – CGR, representariam uma experiência local bastante original no Brasil, embora não inusitada. Os efeitos de sua operacionalização já permitem antever o apontamento de alguns aspectos centrais e algumas considerações analíticas, pois a política da descentralização faz parte de uma dinâmica marcada por dois importantes aspectos, como descreveremos a seguir:

Primeiramente, a descentralização administrativo-financeira da saúde, demonstra o esforço governamental de agentes políticos e burocráticos em promover uma ampla reforma na Secretaria de Estado da Saúde, consoante o disposto na Constituição Federal, ao instituir o Sistema Único de Saúde-SUS, que tem como princípios basilares, entre outros, a descentralização e o controle social. Isso vai permitir a racionalização dos processos de gestão da coisa pública, nessa importante e fundamental área social, tomando o processo decisório mais aberto à participação da sociedade e, por essa razão, mais transparente. Nessa direção, se considerarmos apenas a realidade brasileira, é importante saber que algumas experiências



estaduais estão em curso, tanto em relação ao aspecto gerencial, leia-se, da operacionalização, quanto em relação ao político, isto é, decisório. Sobre isso, ainda se pode dizer que se trata de uma consequência histórica da própria dinâmica do Estado brasileiro. Apesar dos percalços, sua democratização a partir de 1985 despertou uma crescente aspiração reformista na década de noventa pela reestruturação do Estado.

O segundo aspecto diz respeito a uma tendência internacional, representando a transição do Estado centralizador de inspiração hobbesiana (O papel do Estado segundo Thomas Hobbes. Considerado como um dos teóricos do poder absolutista em vigor na Idade Moderna, Thomas Hobbes viveu entre 1588 e 1679. Para Hobbes, em sua obra *Leviatã* - "O homem é o lobo do homem", o Estado deveria ser a instituição fundamental para regular as relações humanas), que se contradiz frontalmente ao que foi preconizado pelo "Estado das Autonomias" de John Locke (1632-1704), considerado o pai do liberalismo principalmente por conta de suas ideias em "Dois tratados do governo civil", obra publicada no final do século XVII). Na expressão do filósofo político português Carlos Eduardo Pacheco do Amaral (*Do Estado soberano ao Estado das autonomias*. Blumenau, Edifurb, 2002), trata-se da tendência histórica de descentralização político-administrativa do Estado Moderno.

Não obstante, esse efeito ainda depende de capacidade de articulação política, da força operacional do Estado e de sensibilidade continuada da sociedade civil, certos de que a descentralização conduz a um fortalecimento institucional do Estado, por meio da sinergia com a sociedade civil organizada local e regional.

Esse processo, é próprio da antropologia política, tendo a ver com uma aspiração natural das comunidades loco-regionais por iniciativas de governança descentralizadoras. Essas expectativas independem naturalmente de vinculações partidárias, expressando antes uma demanda universalizada, de caráter cultural, portanto, repita-se, não partidário, muito menos ideológico e até mesmo de classes sociais.



7.1 Pontes críticos e fatores de sucesso do Programa de Gestão Regional:

a) Pontos fortes da descentralização:

- Descentralização orçamentário-financeira, mesmo que a transferência de recursos inicialmente seja para atender somente despesas prioritárias para a operacionalização das Unidades de Saúde, a exemplo de insumos básicos e para o apoio logístico dessas ações de saúde;
- A transparência é outro fator relevante, permitindo aos Superintendentes Regionais e aos Diretores de Unidade de Saúde o maior conhecimento do planejamento e conteúdo programático das ações a serem desenvolvidas nesse território-assistencial, a par do seu acompanhamento e avaliação pelo nível central;
- Não menos importante é a mencionada proximidade que o processo de descentralização promove tanto entre as Regiões de Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde quanto entre suas Unidades de Saúde, o que permite maior conhecimento dos problemas de saúde e da realidade epidemiológico-social dessas comunidades;
- Especificamente em relação à autonomia os Superintendentes Regionais, estes serão mais encorajados a buscarem alternativas endógenas, o que é progressivamente estimulado pela regularidade das reuniões do CGR, que terão como consequência o estímulo ao aumento de responsabilidade, conhecimento e criatividade;
- Diminuição das desigualdades inter-regionais, por meio da utilização de critérios para alocação de recursos e de investimentos mais equânimes, que levem em conta, não somente a densidade demográfica e a alocação per capita de recursos financeiros, mas a planificação global regional e a necessidade de implantação de novos serviços de média e alta complexidade;
- Desburocratizar o nível central, pela redução dos encargos, propiciando maior gasto dos recursos orçamentário-financeiros alocados no exercício, diminuindo o tempo resposta às demandas por insumos básicos nas Unidades de Saúde;
- Desenvolver ações integrais de saúde, por meio do desenvolvimento de ações



promocionais de saúde, de prevenção de doenças e de vigilância em saúde;

- Integração Ensino e Serviço, consoante está preconizado na Portaria Conjunta MS/MEC, de 04/08/15, ao instituir o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino e Serviço (COAPES);
- Estabelecimento do Acordo de Gestão Regional, que vai permitir uma efetivo e sistematizado acompanhamento de metas programáticas de ações de saúde pré-definidas para essa Região de Saúde e o alcance de indicadores básicos de saúde;
- Operacionalização das Redes de Atenção à Saúde-RAS, de forma integrada, articulada e regulada;
- Informatização de todo processo;
- Intersetorialidade e Transversalidade - com a participação na Região de Saúde de outras áreas do Governo, à exemplo da Educação; Desenvolvimento Social; Agricultura; Trabalho; Desporto e Lazer; CAESB etc., objetivando a Produção Social em Saúde.

b) Pontos fracos da descentralização:

- Caso ocorra a falta de autonomia orçamentária e financeira, mesmo dentro de limites pré-definidos, do nível central para as regionais;
- Cronograma de repasses de recursos financeiros do nível central da Secretaria de Estado da Saúde para a Gestão Regional, deve ser cumprido integralmente nos prazos fixados, o que só será possível pelo cumprimento dos destaques orçamentário-financeiros mensais das Secretarias de Planejamento e Fazenda para a Secretaria de Saúde;
- Os conflitos inter-regionais e setoriais se os critérios para distribuição desses recursos não forem equânimes;
- Demandas por investimentos. O processo de descentralização, cria aspirações crescentes e incertas. Por exemplo a demanda por leitos de UTI. Essas demandas precisam estar em consonância com a Lei de Diretrizes Orçamentárias-LDO, a Lei Orçamentária Anual-LOA, o Plano Plurianual, Programação Anual de Saúde, o Plano Diretor de Regionalização-PDR e O Plano Diretor de Investimentos-PDI. Por isso os recursos de



investimentos terão que adequar-se a esses instrumentos anualmente;

- O processo político. Ao estabelecer uma nova instância no processo decisório de formulação das demandas locais-regionais, a descentralização interfere em tradicionais relações de clientela, há muito estabelecidas entre parlamentares e suas regiões, pois abala a condição do deputado, que tende a ser “empurrado” à sua função legislativa;
- A falta de qualificação dos agentes públicos e demais Membros do CGR, ou seja, à qualificação dos atores envolvidos diretamente no processo de regionalização. A gestão de saúde é muito complexa e balizada por uma gama de leis e normas operacionais infraconstitucionais;
- A falta de uma cultura da descentralização. Descentralização não pode ser sinônimo de “empreguismo”, excesso de pessoal ou ao “inchaço de gente” não só propriamente no volume de pessoal, mas justamente na duplicidade de funções e na ineficiência. Ainda que uma mudança institucional que confere alguma autonomia aos Superintendentes Regionais e aos CDR possa representar um avanço na consolidação do novo arranjo organizacional na saúde, sem a qualificação profissional e, sobretudo, intelectual dos agentes envolvidos, a descentralização sempre terá dificuldades que comprometerão a sua eficácia. É importante insistir, contudo, no caráter não apenas técnico da qualificação, cuja importância é indiscutível. Trata-se de fazer com que não apenas os agentes governamentais diretamente responsáveis pelas reformas – leia-se a tecno-burocracia estatal – compreendam o sentido da política a ser materializada. Trata-se também de fazer internalizar o sentido dessa política aos seus operadores locais regionais, na medida em que a descentralização não é um simples arranjo no interior de uma política inovadora. Ela é a própria política inovadora e sua assimilação depende da insistente qualificação, teórica- técnica. Seu desempenho, desde o início, mas principalmente em etapas posteriores de aperfeiçoamento operacional, dependerá da apreensão de conceitos que, em boa medida, invertem o entendimento sobre o modo tradicional de fazer política e de gerir a coisa pública.



7.2 Recomendações

- Fundamentais para o êxito desse Programa de Gestão Regional são a competência técnica e o relacionamento político do Superintendente Regional;
- Realização de Cursos de Atualização, Aperfeiçoamento, Especialização ou até mesmo Mestrado Profissionalizante dos Gestores Regionais e servidores envolvidos na atividade gerencial;
- Sem prejuízo das atividades que desempenham em nível central, deslocamento de servidores do nível central para o regional de saúde onde reside ou próximo a seu domicílio;
- Necessidade de Apoio Político amplo para o desencadeamento do Programa de Gestão Regional;
- Plano estratégico de comunicação interna dirigido aos profissionais de Saúde (da Secretaria de Saúde e de todas as unidades de Saúde), com destaques para conceito e justificativa da regionalização, o aperfeiçoamento da gestão e a qualidade dos serviços. Comunicação das fases de implantação.
- Plano estratégico de comunicação para a sociedade, contemplando imprensa, formadores de opinião, autoridades em saúde e entidades organizadas ligadas ao tema.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrucio FL, Gaetani F. Agenda, aprendizado e coalizão. In: Costa LL, direção e coordenação. Avanços e perspectivas da gestão pública nos estados (2006). Rio de Janeiro: Qualitymark, 2008. p. 7-52.
2. Amari, Carlos Eduardo Pacheco. Do Estado soberano ao Estado das autonomias. Blumenau, Edifurb, 2002;
3. Antunes E, Gonçalves JP, Santos MF, Alexandre M, Godinho P. Contratualização em saúde: efectividade do sistema de incentivos. 8º Congresso Nacional de Administração Pública; Nov. 21 e 22. Lisboa, Portugal, 2011. Available from: <http://hdl.handle.net/10782/582>
4. Arendt, Hannah. A promessa da política. Rio de Janeiro, Difel, 2009.
5. Bernardo RA. Instrumentos de contrarualização de resultados na administração pública como mecanismo de promoção da accountability. IV Congresso Consad de Gestão Pública; mai. 25-27. Brasília, 2011.
6. Birkner, Walter Marcos Knaesel. Desenvolvimento regional e descentralização político-administrativa: estudo dos casos de Minas Gerais, Ceará e Santa Catarina. In: REDES Revista de Desenvolvimento Regional da Unisc. Santa Cruz do Sul – RS. Vol. 16, n.30, 2007;
7. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar. Cad. Saúde Pública 2009; 25(7):1439-54.
8. Boisier, Sergio. El desarrollo territorial a partir de la construcción de capital sinérgico. In: REDES, jan/abr de 1999;
9. Brandão, Carlos. Território e desenvolvimento. Campinas, Unicamp, 200;
10. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico; 1988. p. 292.
11. Brasil. Lei complementar 141 de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm



12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 2010, dez. 30.
13. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011, jun. 29.
14. Cassirer, Ernst. O mito do Estado. São Paulo, Códex, 2003.
15. Catalá, Joan Prats i. Governabilidade democrática na América Latina no final do século XX. In: PEREIRA, Luiz C. Bresser & SPINK (orgs.), Peter. Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro, FGV, 1998;
16. Consórcio Hospitalar da Catalunha. Documento com os conceitos fundamentais e os conteúdos para os Acordos de Gestão Locais: Unidades de Pronto Atendimento e Hospital. Brasília-DF, 2013.
17. Consórcio Hospitalar da Catalunha. Documento conceitual: conteúdo dos instrumentos contratuais e funções das áreas da SES/DF. Brasília-DF, 2013.
18. Consórcio Hospitalar da Catalunha. Produto 3: Proposta de modelo de contratualização: linhas estratégicas, definições e conceitos. Brasília-DF, 2011.
19. Consórcio Hospitalar da Catalunha. Produto 1: Plano de execução. Brasília-DF, 2011.
20. Consórcio Hospitalar da Catalunha. Produto 2: Documento contendo a análise situacional organizativa de saúde, identificando os pontos críticos com vistas a subsidiar a política de contratualização. Brasília-DF, 2011.
21. Consórcio Hospitalar da Catalunha. Produto 5: Relatório das atividades de Capacitação desenvolvidas para o Grupo Gestor de Redes e atores locais. Brasília-DF, 2013.
22. Consórcio Hospitalar da Catalunha. Produto 6: Documento com os conceitos



- fundamentais e os conteúdos para os Acordos de Gestão Local: Atenção Primária de Saúde. Brasília-DF, 2013.
23. Costa e Silva V, Escoval A, Hortale VA. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. *Cienc Saude Colet* 2014; 19(8): 3593-604.
 24. Delacampagne, Cristhian. A filosofia política hoje. Rio, Jorge Zahar, 2001;
 25. Ditterich RG, Moysés ST, Moysés SJ. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(4):615-27.
 26. Elias PEM, Dourado DA. Sistema de Saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: Ibanez N, organizador. *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 102-25.
 27. Escoval A. O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2010; 9(vol. tem.): 7-24.
 28. Evans, Peter. Government action, social capital and development: reviewing the evidence on synergy. In: *World Development Journal*. Vol.24, n.6, 1996, Elsevier Science Ltd, Great Britain;
 29. George AL, Bennett A. Case studies and theory development in the social sciences. *BCSIA Studies in International Security*. Cambridge: Harvard University, 2004.
 30. Governo do Distrito Federal. Plano de ação da Rede Cegonha. Brasília-DF, 2012.
 31. Governo do Distrito Federal. Plano de ação da Rede de Urgência e Emergência. Brasília-DF, 2013.
 32. Governo do Distrito Federal. Plano de saúde 2009-2012. Brasília-DF, 2010.
 33. Governo do Distrito Federal. Plano de Saúde 2012-2015. Brasília-DF, 2012.
 34. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde. Gabinete do Secretário. Portaria nº 157, de 18 de agosto de 2011. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Ago 22.
 35. Leone C, Dassault G, Lapao LV. Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(1): 149-60.



36. Matus C. Macro Governo e Gestão Pública. In: Matus C organizador. Teoria do Jogo Social. São Paulo: Edições Fundap; 2005. p.447-511
37. Navarrete MLV, Lorenzo IV. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2009. p. 260.
38. Osborne. D & Gaebler, Ted. Reinventing government. Reading, Massachusetts, Addison-Wesley, 1992;
39. Pacheco RS. Novas formas de gestão pública. In: Costa LL, direção e coordenação. Avanços e perspectivas da gestão pública nos estados (2006). Rio de Janeiro: Qualitymark; 2008. p. 125-41.
40. Pereira, Luiz Carlos Bresser & SPINK, Peter (orgs.). Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro, FGV, 1998;
41. Perrot J, Roodenbeke E. Strategic contracting for health systems and services. World Health Organizations, United States of America, 2012.
42. Prats, J. Cultura burocrática y cultura gerencial de las administraciones públicas. Caracas, Ciad, 1988;
43. Putnam, Robert D. Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna. Rio, FGV, 1996.
44. Salm C. O impacto da crise econômica na saúde. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2011. p. 252-60.
45. Trosa S. Gestão pública por resultados: quando o Estado se compromete. Rio de Janeiro: REVAN; Brasília: Enap; 2001.
46. Vasconcelos CM, Pasche DF. O SUS em perspectiva. In: Campos GWS, organizador. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 559-90.